

Upplevelser och kunskap kring ansträngningsinkontinens postpartum

En analys av diskussioner på nätforum

Manda Karlsson

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård 2013 (barnmorskearbete)
Identifikationsnummer:	
Författare:	Manda Karlsson
Arbetets namn:	Upplevelser och kunskap kring ansträngningsinkontinens postpartum - en analys av diskussioner på nätforum
Handledare (Arcada):	Jessica Silfver
Uppdragsgivare:	DeDiWe-projektet
<p>Sammandrag:</p> <p>Urininkontinens drabbar uppskattningsvis en tredjedel av alla kvinnor efter förlossningen. Påfrestningarna på bäckenbotten under graviditeten och förlossningen leder vanligen till att urin läcker vid ansträngning. I det här examensarbetet är syftet att undersöka hur drabbade finländska mammor upplever problemen med ansträngningsinkontinens, och om kunskapen mammorna har vad gäller orsaker, behandling och hjälpmedel är evidensbaserad och heltäckande. Den valda netnografiska metoden är en kvalitativ induktiv innehållsanalys av 29 diskussionstrådar från sex finländska nätforum. Resultatet visar att nyblivna mammor upplevde inkontinens som genant och i olika grad ångestladdat och begränsande. De vanligaste orosmomenten var huruvida man är normal, och om problemet kunde komma att bli bestående. Kvinnorna hade tillgång till evidensbaserad information främst via personal inom hälsovården. Kunskapsnivån var god om de vanligaste orsakerna och om bäckenbottenträning som behandling. Även vaginalkulor/-koner som hjälpmedel var välkända och använda. Av tänkbara vårdåtgärder var biofeedback hos en fysioterapeut samt urinrörsstabiliserande operationer välkända. Vart en drabbad mamma ska vända sig för hjälp var däremot oklart. Angående andra orsaker än försvagade bäckenbottenmuskler figurerade också en del diskutabel eller felaktig kunskap, likaså kring läkemedel. De största kunskapsluckorna fanns kring urinstoppande hjälpmedel som skulle kunna hjälpa de drabbade att utföra aktiviteter där risk för urinläckage föreligger. I diskussionen konkluderas att hjälpen och stödet som mammor med ansträngningsinkontinens har tillgång till är i dagsläget inte optimala. Den psykologiska aspekten i mammors upplevelse av urininkontinens kunde beaktas mera. Möjliga strukturella förändringar i hälsovården kunde vara system för att säkerställa att alla nyblivna mammor blir tillfrågade om urininkontinens och får förebyggande fysioterapi. Andra hälsofrämjande åtgärder kunde vara att utveckla fungerande digitala stödverktyg eller dela ut skriftlig evidensbaserad information på rådgivningen. Fungerande träningsredskap och urinstoppande hjälpmedel kunde göras betydligt mer kända och utvecklas vidare.</p>	
Nyckelord:	<i>ansträngningsinkontinens, urinläckage, postpartum, bäckenbotten, diskussionsforum, netnografi</i>
Sidantal:	60
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing 2013 (midwifery)
Identification number:	
Author:	Manda Karlsson
Title:	Experiences and knowledge concerning stress urinary incontinence postpartum – an analysis of online discussion forum posts
Supervisor (Arcada):	Jessica Silfver
Commissioned by:	DeDiWe project
<p>Abstract:</p> <p>Approximately a third of all women are affected by urinary incontinence after delivery. The pressure on the pelvic floor during pregnancy and delivery commonly leads to stress incontinence. The purpose of this thesis is to examine how Finnish mothers experience stress incontinence, and if the mothers' knowledge of causes, treatments and aids of assistance is evidence-based and complete. The chosen netnographic method is a qualitative inductive content analysis of 29 discussion threads from six Finnish web forums. The results indicate that women who have recently become mothers experienced the incontinence as embarrassing and to different degrees as anxiety provoking and limiting. The most common reasons for worry were whether one is normal and if the problems will persist. The mothers had access to evidence-based information mainly through health care providers. The level of knowledge was high regarding the most common causes and pelvic floor training as a treatment. Vaginal balls/cones were also well known and often used. Of the possible treatment options biofeedback training at physiotherapy clinics and urethral support surgery were familiar to many. However, the treatment and referral process was unclear. Some mothers had disputable or incorrect knowledge concerning pharmaceutical remedies and other causes than weakened pelvic floor muscles. The biggest knowledge gaps were found regarding urine stopping aids that could help the women to perform activities with a risk of urine leakage. It is concluded that the help and support that mothers with stress incontinence receive at present is not flawless. The psychological aspect of the mothers' experiences deserves more attention. Possible structural changes include systems to guarantee that women who have recently become mothers are asked about incontinence and receive physiotherapy as a preventive measure. Other possible health promoting measures include developing digital support tools and handing out written evidence-based information at the child welfare clinics. Functional training equipment and urine stopping aids could be promoted and developed further.</p>	
Keywords:	<i>stress urinary incontinence, urine leakage, postpartum, pelvic floor, discussion forum, netnography</i>
Number of pages:	60
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö 2013 (kätötyö)
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Manda Karlsson
Työn nimi:	Kokemuksia ja tietämys synnytyksen jälkeisestä ponnistusinkontinenssista – analyysi nettifoorumikeskusteluista
Työn ohjaaja (Arcada):	Jessica Silfver
Toimeksiantaja:	DeDiWe-projekti
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Virtsankarkailusta kärsii arviolta kolmasosa kaikista naisista synnytyksen jälkeen. Lanti-onpohjan kuormitus raskauden ja synnytyksen aikana johtaa yleensä virtsankarkailuun, joka esiintyy ponnistaessa. Tämän työn tavoite on selvittää, miten ponnistusinkontinenssista kärsivät suomalaiset äidit kokevat siihen liittyvät ongelmat ja jos heidän tietonsa syistä, hoidoista ja apuvälineistä ovat tieteellisen näyttöön perustuvaa ja kattavaa. Valittu netnografinen menetelmä on kvalitatiivinen induktiivinen sisällönanalyysi 29:stä viestiketjusta kuudelta suomalaiselta keskustelufoorumilta. Tulokset osoittavat, että tuoreet äidit kokivat inkontinenssin häpeällisenä ja vaihtelevassa määrin elämää rajoittavana ja ahdistavana. Yleisimmät syyt huoleen olivat virtsankarkailuun liittyvä epänormaaliuden pelko, ja myös pelko ongelman pysyvyydestä. Naiset saivat näyttöön perustuvaa tietoa ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisilta. Tietotaso oli hyvä yleisimmistä syistä inkontinenssiin ja lantionpohjan lihaksien harjoituksista hoitomuotona. Myös geishakuulat ja vaginapallot olivat laajalti tunnettuja ja käytettyjä. Mahdollisista hoitotoimenpiteistä biofeedback fysioterapeutin avustuksella ja virtsaputkea tukevia leikkauksia tunnettiin hyvin. Hoitopolku oli silti monelle epäselvä. Jos katsoo muita syitä kuin heikentyneitä lantionpohjan lihaksia niin löytyi kyseenalaista tai virheellistä tietoa, niin myöskin lääkkeitä. Vähiten tietoa löytyi virtsaa pysäyttävistä apuvälineistä, jotka voisivat auttaa kärsiviä toiminnoissa, joissa virtsankarkailu on todennäköistä. Todetaan että apu ponnistusinkontinenssista kärsiville äideille ei nykytilanteessa ole optimaalinen. Psykologista näkökohtaa äitien kokemasta virtsainkontinenssista voitaisiin harkita enemmän. Mahdollinen rakenteellinen muutos terveydenhuollossa voisi olla järjestelmä, jolla varmistetaan, että kaikilta tuoreilta äidiltä tiedustellaan mahdollisesta virtsankarkailusta ja annetaan ennaltaehkäisevää fysioterapiaa. Muita terveyttä edistäviä toimenpiteitä voisivat olla tehokkaiden digitaalisten apuvälineiden kehittäminen tai tieteelliseen näyttöön perustuvaan kirjalliseen tiedon jakaminen neuvoloissa. Toimivia harjoitusvälineitä ja virtsaa pysäyttäviä apuvälineitä voisi kehittää ja tehdä enemmän tunnetuiksi.</p>	
Avainsanat:	<i>ponnistusinkontinenssi, virtsankarkailu, postpartum, lanti-onpohja, keskustelufoorumi, netnografia</i>
Sivumäärä:	60
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	INTRODUKTION	9
2	BAKGRUND.....	11
2.1	Begrepp och definitioner.....	11
2.2	Tidigare forskning.....	12
2.2.1	<i>Problemets utbredning</i>	<i>12</i>
2.2.2	<i>Livskvalité hos de drabbade</i>	<i>14</i>
2.2.3	<i>Hjälpsökningsbeteende.....</i>	<i>15</i>
2.2.4	<i>Bäckenbottens anatomi och fysiologi.....</i>	<i>16</i>
2.2.5	<i>Riskfaktorer för urininkontinens</i>	<i>18</i>
2.2.6	<i>Bäckenbottenträning som den effektivaste behandlingen.....</i>	<i>19</i>
2.2.7	<i>Andra behandlingsmöjligheter</i>	<i>21</i>
2.3	Teoretisk referensram	22
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	24
4	METOD.....	24
4.1	Metodologi.....	25
4.2	Avgränsningar.....	26
4.3	Etiska överväganden	26
4.4	Datainsamling	28
4.5	Bearbetning och analys av data.....	29
4.6	Metod för utvärdering av resultatet.....	30
5	RESULTAT	31
5.1	Allmänt	31
5.2	Upplevelser	32
5.2.1	<i>Genans och ångest</i>	<i>33</i>
5.2.2	<i>Typiska situationer då läckage förekommer och påverkan på livskvalitén</i>	<i>34</i>
5.2.3	<i>Oro kring normalitet och bestående problem</i>	<i>35</i>
5.3	Kunskapsnivå i diskussionerna	37
5.3.1	<i>Råd om behandling och hjälpmedel</i>	<i>37</i>
5.3.2	<i>Kunskap om orsaker bakom urininkontinens</i>	<i>42</i>
5.3.3	<i>Den oklara vårdstigen.....</i>	<i>44</i>
5.3.4	<i>Tillgången på evidensbaserad information.....</i>	<i>45</i>
5.4	Sammanfattning	46
6	DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING	47
6.1	Koppling till den teoretiska referensramen	47

6.2	Metodens funktionalitet	48
6.2.1	<i>Kritisk granskning av resultatet</i>	49
6.2.2	<i>Tillförlitlighet och trovärdighet</i>	50
6.3	Resultatets innebörd.....	51
6.4	Identifierad problematik.....	53
6.5	Förslag till vidare forskning.....	56
6.6	Sammanfattning och slutsatser.....	57
Källor		58
Bilagor		61

Figurer

Figur 1. Förekomsten av urininkontinens i samband med graviditet och förlossning enligt olika forskningsartiklar.....	13
Figur 2. Bäckerbottens yttre och inre muskelskikt sedda nerifrån.....	16
Figur 3. Bäckerbottenträning med biofeedback.....	19
Figur 4. Olika typer av vaginalkulor och -koner	19
Figur 5. Vaginalkon med mekanisk indikator	20
Figur 6. Retropubisk (TVT) och transobturatorisk (TVT-O/TOT) fästning av stödjande band runt urinröret.....	21
Figur 7. Uretraringar i olika utformning.....	22
Figur 8. Kontinensbåge utan och med applikator.....	22
Figur 9. Livskvalitetens olika nivåer enligt IQOL-teorin.....	23
Figur 10. Flödesdiagram över datasökningen.....	29
Figur 11. Kunskap om behandling och hjälpmedel vid ansträngningsinkontinens.....	37
Figur 12. Urininkontinensens påverkan på livskvaliteten	48

Tabeller

Tabell 1. Inklusions- och exklusionskriterier	28
Tabell 2. Kriterier för att mäta kvaliteten i icke-reaktivt netnografiskt projekt	31

FÖRORD

Då jag funderade kring ämnen för detta examensarbete hade jag ett par saker som jag önskade: att arbetet skulle tangera kvinnohälsa för att vara till nytta för min yrkesbana som barnmorska (fastän detta arbete ingår i grundstudierna som enligt min läroplan är gemensam för sjukskötar-, hälsovårdar- och barnmorskestudenter) och att ämnet skulle vara eftersatt på forskningens område och arbetet därför tillföra något nytt.

Jag gled snabbt in på ämnen som på något sätt uppfattas skamliga. Efter diskussioner i min bekantskapskrets med många i barnafödande ålder hade jag en vag känsla av att inkontinens efter att ha fått barn drabbar rätt många, men att få egentligen har fått någon hjälp och stöd med annat än medlidande från andra nyblivna mammor. Då jag började undersöka ämnet i en vetenskaplig kontext fann jag att forskningen verkar stöda min magkänsla, men att forskningsresultaten är delvis motsägelsefulla och inte alls heltäckande. Ett spännande ämne att börja bena i alltså.

Det stod i alla fall klart att 1) många drabbas 2) få blir tillfrågade av vårdpersonal 3) bäckenbottenmuskelträning hjälper de flesta, men ofta tränar kvinnor ändå fel eller inte alls 4) det finns också annan hjälp att få. Det finns alltså faktorer som gör att kvinnor inte får det optimala stödet, och det tyckte jag att var intressant att undersöka noggrannare.

Kvinnokampen i mig ville gärna ge mitt bidrag till att sätta ljus på drabbade mammors upplevelser och reda ut vad de egentligen behöver. Jag hoppas att jag har lyckats åtminstone lite grann i mitt försök att främja kvinnohälsan, om så endast genom att jag själv har lärt mig mycket och därmed blir en bättre barnmorska.

Jag vill rikta ett tack till de sakkunniga vänner som under processen med det här arbetet har rätt ut saker och agerat bollplank (och stått ut med att allt som oftast diskutera urininkontinens), de lärare på Arcada som har gett tips och hjälp, och min lilla familj som såklart har klarat sig finfint hemma då jag har suttit på biblioteket och arbetat.

1 INTRODUKTION

Fokus för examensarbetet är urininkontinens hos kvinnor som har fött barn. Det är ett viktigt område eftersom olika studier visar att uppemot hälften av alla föderskor drabbas och upplever det som något som sänker livskvaliteten (t.ex. Mannion et al 2015). Jag har valt att rikta in mig på ansträngningsinkontinens som är den övervägande vanligaste typen av urininkontinens hos nyblivna mammor och vanligen beror på att bäckenbottenmuskulaturen har försvagats på grund av uttänjning, hormonella förändringar och skador i förlossningen (Raza Khan 2006). Min hypotes innan jag påbörjade arbetet var att intimiteten leder till att det talas rätt så lite om det här problemet, och att de drabbade följaktligen upplever sig ganska ensamma och gärna förtränger problemet så länge det är möjligt.

Liksom i fråga om de flesta andra hälsoproblem är det första steget då en nybliven mamma märker att hon har drabbats av urinläckage knappast att söka professionell hjälp, utan att göra en sökning på Google (jfr Kivits 2006). Om man söker på *virt-sankarkailu synnytyksen jälkeen* så är tre av de fem översta träffarna från olika diskussionsforum riktade till småbarnsföräldrar. De övriga två är artiklar på sajter även de riktade till föräldrar. Därför tycker jag att det är intressant att se på diskussionernas innehåll: det är på dessa texter många baserar sin bild av problemet och behandlingen. Ett nätforum är dessutom anonymt, och min utgångspunkt är därför att kvinnorna här skriver uppriktigt om sina upplevelser i jämförelse med t.ex. en intervjusituation. På basen av diskussionerna kan man tänkas få en bild av hur mammorna upplever problemen och hurdan kunskap som finns tillgänglig.

Som barnmorska kommer jag i framtiden att vara den som har möjlighet att stöda och hjälpa mammor med urininkontinens. Därför vill jag också ha evidensbaserad information som kompletterar den kunskap och erfarenheter som de drabbade har. Jag jämför av den orsaken materialet på diskussionsforum med forskningslitteratur för att avgöra vilken information som ännu skulle behöva tillgängliggöras för de drabbade.

Jag tror att mitt examensarbete tangerar en av de viktigaste färdigheterna i mitt kommande arbetsliv: att ha förståelse för klienternas upplevelse. Förståelsen av kvinnornas upplevelse behövs enligt mig som grund för att en vårdare skall kunna ge rätt informat-

ion och motivera den drabbade till åtgärder. Att förstå brukarperspektivet är en abstrakt kunskap, men enligt mig ändå möjlig att teoretisera och mäta, i detta fall genom att undersöka diskussionsforum på internet med netnografimetoden.

Netnografi är en forskningsstrategi som har utvecklats de senaste decennierna för att likasom i traditionell etnografi undersöka, beskriva och förstå människor och deras beteende. I takt med att internet och annan kommunikationsteknologi har fått en större roll för människors sociala aktivitet uppstod behovet att anpassa etnografiska metoder och riktlinjer för att passa forskning online. Begrepp som virtuell etnografi och onlineforskning har också använts, men sedan slutet av 1990-talet har netnografi som samlingsbegrepp etablerat sin ställning. (Kozinets 2010, s.6)

Examensarbetet kommer att inkluderas i projektet *The Developer of Digital Health and Welfare Services* (DeDiWe) där Arcada är projektägare och en av samarbetsparterna. Då man utvecklar digitala kanaler för hälsoservice är det enligt mig en grundsten att känna till målgruppens hälsobeteende online, och om klienternas upplevda problem alls är desamma som man försöker utveckla service för att lösa. Mitt examensarbete kan därför användas som en fallstudie med bakgrundsmaterial då man utvecklar digital service för nyblivna mammor, vilket jag tycker att är en idé med stor potential. Dagens nyblivna mammor hör till en generation som är vana att använda digitala kanaler och har dessutom ofta svårt att ta sig iväg med sitt barn.

Det kan nämnas att jag dessutom kommer att använda mitt resultat i ett annat vetenskapligt arbete inom mina barnmorskestudier, *Utvecklingsarbete för barnmorskor*. Resultatet av utvecklingsarbetet som görs våren 2017 ska bli ett informationsblad om urininkontinens efter förlossning som de svenska rådgivningsbyråerna i Helsingfors kan dela ut åt nyblivna mammor (tyvärr i detta skede endast på papper), samt medföljande anvisningar för hälsovårdaren som ger informationsbladet.

Mitt examensarbete är strukturerat i ett bakgrundskapitel där jag redogör noggrannare för den teoretiska bakgrunden till studien, ett kapitel där jag presenterar syfte och frågeställningar, ett metodkapitel där jag berättar om de olika stegen i metoden jag använt, ett resultatkapitel där jag redogör för vad som kom fram i min undersökning av diskussionsforumen, och slutligen ett diskussionskapitel där jag diskuterar metodens funktionalitet, kopplingen till den teoretiska referensramen, resultatets betydelse och vilka kon-

sekvenser resultatet har för vårdarbete och vidare forskning kring ansträngningsinkontinens postpartum.

2 BAKGRUND

I det här kapitlet redogör jag för begrepp som används i texten, tidigare forskning och den teoretiska referensram som använts för min studie.

2.1 Begrepp och definitioner

Urininkontinens definieras som ofrivilligt urinläckage. Urininkontinens delas in i följande former:

- **ansträngningsinkontinens** (stress incontinence, ponnistusinkontinenssi). Urin läcker vid ansträngning, t.ex. när man hostar eller hoppar.
- **trängningsinkontinens** (urge incontinence, pakkoinkontinenssi). Läckaget föregås av ett häftigt urineringsbehov och ofta töms hela blåsan.
- **blandinkontinens** (mixed incontinence, sekainkontinenssi). En kombination av de föregående.
- **överflyllnadsinkontinens** (overflow incontinence, ylivuotoinkontinenssi). En sällsynt form som är kopplad till funktionella problem med urinblåsan, t.ex. urinretention efter ett kirurgiskt ingrepp. (Stach-Lempinen 2016)

Bäckenbotten är en kraftig muskelplatta i bäckenets nedre del vars funktion är att stabilisera bäckenorganens läge och reglera urinering och avföring med ringformade så kallade **slutarmuskler eller sfinktrar** runt urinröret och ändtarmen (Vårdguiden 2006). Se kapitel 2.4.4.

Postpartumperioden eller barnsängstiden är tiden efter förlossningen då mamman återhämtar sig fysiskt och psykiskt. Enligt WHO är tiden 6 veckor men i Finland använder man ofta 12 veckor då eftergranskningen senast görs som bakre gräns (Pietiläi-

nen&Väyrynen 2015, s.290). I det här arbetet använder jag termen **postpartum** i betydelsen ”efter förlossningen” utan definitiv tidsgräns.

Perinatal används i avseende tiden kring förlossningen.

2.2 Tidigare forskning

Det finns ingen tidigare forskning inom det exakta valda problemområdet, alltså hur kvinnor upplever problem med urininkontinens efter förlossning och vilken information som svarar mot deras behov. Jag har därför istället fördjupat mig i böcker och forskningslitteratur mer övergripande kring ansträngningsinkontinens postpartum samt möjlig behandling för att få en teoretisk bakgrund och evidensbaserat jämförelsematerial till informationen på diskussionsforumen. Jag har valt ut två böcker och 21 relevanta vetenskapliga artiklar, rapporter och forskningsöversikter. Alla artiklar är expertgranskade (peer review-artiklar).

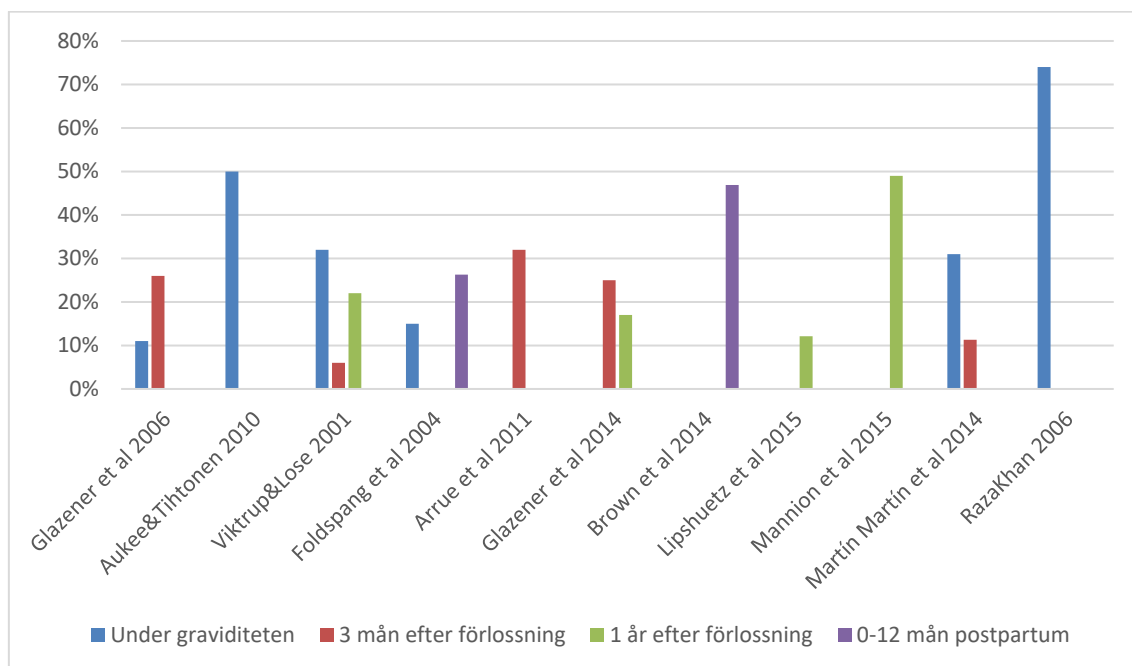
Jag har använt mig av databaserna PubMed, Cinahl, SweMed+, Medic, SAGE Journals Online och Academic Search Elite (EBSCO). De allra flesta artiklarna hittade jag via PubMed som med sökorden (MeSH-termerna) *urinary incontinence AND postpartum period*.

Jag har också sökt direkt bland artiklarna i tre ämnestidningar för att kontrollera att jag inte missat relevanta artiklar. De valda tidsskrifterna är *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive biology* samt *International Urogynecology Journal*.

2.2.1 Problemets utbredning

Hur många som drabbas av urininkontinens postpartum är en inte helt entydig fråga. De forskningsprojekt som gjorts definierar urininkontinens olika och presenterar därför ganska varierande siffror. I alla rapporter särskiljer inte heller mellan ansträngnings- och trängningsinkontinens. Jag har jämfört procenterna i 11 olika forskningsrapporter (se figur 1) och sammanfattningsvis rapporteras förekomsten under graviditeten vara 7-75% med ett medeltal på 39%, 3 månader postpartum 6-38% med ett medeltal på 23%, och 1 år efter den första förlossningen 7-49% med medeltalet 22%. De stora procentinterval-

len kan alltså möjligen förklaras av att man använt olika definitioner i olika forskningsprojekt (självrapporterade problem, urologiskt fastställda av barnmorska eller läkare, gamla och nya definitioner från International Continence Society eller helt egna kriterier) och att man undersökt olika populationer (Mörkved 2003). De varierande metoderna för datainsamling och hur frågorna har ställts i enkäter kan också spela in. I vissa forskningsprojekt har man istället för att fokusera på hur många som har problemet vid en given tidpunkt frågat om respondenten har haft det överhuvudtaget under de första 12 månaderna postpartum, då har svaren varit 6-60% med ett medeltal på 29%. På basen av dessa siffror utgår jag ifrån att någonstans kring en tredjedel av kvinnorna lider av urininkontinens efter att de har fött sitt första barn. En del forskare menar att förekomsten är större än rapporterat eftersom kvinnor ofta upplever det som pinsamt eller skamligt att erkänna problemet (Mörkved 2003) och det kan därför vara skäl att misstänka att det är de högre rapporterade siffrorna som är närmare sanningen.



Figur 1. Förekomsten av urininkontinens i samband med graviditet och förlossning enligt olika forskningsartiklar.

Om figur 1 bör nämnas att staplarna visar den högsta rapporterade förekomsten enligt studierna i fråga, om resultatet rapporteras som exempelvis 16-22% och man inte nämner ett medeltal för alla föderskor så har jag i tabellen använt mig av den högre siffran.

Om man har haft problem under graviditeten är det inte en självklarhet att de fortsätter efter förlossningen, men graviditetsurinläckage är en klar en riskfaktor för postpartum

urininkontinens (Foldspang et al 2004). För en del uppstår problemen under graviditeten men hos andra efter förlossningen som en följd av belastningen och skador på bäckenbottnet i samband med utdrivningsskedet i en vaginal förlossning (Aukee&Tihkonen 2010). Dock är det i längden ingen statistiskt signifikant skillnad på förekomsten av urininkontinens hos mammor som har genomgått vaginala förlossningar och kejsarsnitt (Martín Martín et al 2014).

Det har gjorts endast en longitudinell studie som följer med kvinnor med postpartum urininkontinens en längre tid. I ett forskningsprojekt i Storbritannien och på Nya Zeeland har man följt upp kvinnor 3 månader samt 1, 5 och 12 år efter deras första förlossning. Ett år postpartum hade många lyckats träna bäckenbottenmusklerna och bli av med besvären, men 12 år efter förlossningen hade urininkontinensen återkommit för en stor del och totalt hade ungefär fyra femtedelar av dem som haft urinläckage vid 3 månader postpartum inkontinensproblem även 12 år senare. (Glazener et al 2014)

2.2.2 Livskvalité hos de drabbade

Nyblivna mammor med urininkontinens upplever sig ha lägre både fysisk, psykisk och social livskvalité än medeltalet. Så länge det bara handlar om ansträngningsinkontinens är livskvalitén ändå högre än om man också eller endast har trängningsinkontinens. (van der Woude et al 2015)

Speciellt risken för social isolering växer om man har urininkontinens, visar ett amerikanskt forskningsprojekt (Schimpf et al 2008). Men även här visade det sig att den negativa effekten på livskvaliteten var starkare om man plötsligt kunde känna sig väldigt kissnödig – oberoende om det sedan ledde till urinläckage eller inte – än om man bara var drabbad av läckage i samband med ansträngning. I en annan studie med liknande resultat i Sverige (Hägglund et al 2004) konstateras att de som har ansträngningsinkontinens kan undvika aktiviteter som medför risk för läckage, medan de som har trängningsinkontinens inte har samma möjlighet att påverka och därmed upplever det jobbigare.

En studie i Kanada där 49% uppgav sig ha urinläckage ett år efter förlossningen visar att ungefär en tredjedel av de drabbade tycker att urinläckagen påverkar deras vardag (Mannion et al 2015). Av dessa svarade 28% att urinläckaget medförde lindrig olägen-

het, 5% måttlig olägenhet och 2% svår olägenhet. Studien tog inte ställning till hurdana vardagssysslor som påverkades, men i diskussionen nämner man att många kvinnor möjligen också ändrar på sin livsstil utan att rapportera det som ett problem.

Kvinnor känner sig ofta dåligt förberedda på postpartumtidens utmaningar. Också hälsan hos kvinnor vars graviditeter har varit okomplicerade blir ofta sämre under denna tid, och ofta har kvinnorna inte kunskap om hur förlossning och spädbarnstid inverkar på hälsofunktionerna. Även läkare och barnmorskor tenderar att förbise hur stora konsekvenser t.ex. obstetriskt perinealtrauma har för kvinnan, och därför är det här ett viktigt forskningsområde. (Mörkved 2003)

2.2.3 Hjälpsoökningsbeteende

Urininkontinens upplevs av många som något intimt och skamligt, vilket påverkar hjälpsoökningsbeteendet. Vanligtvis söker den drabbade stöd främst genom att prata med sin partner, en kvinnlig släkting eller en nära vän i samma livssituation. (Buurman&Lagro-Janssen 2013)

Studier visar att endast ungefär 25% av föderskorna blir tillfrågade av vårdpersonal angående urininkontinens, och över 70% av dem som har svåra problem har aldrig diskuterat saken med någon inom hälsovården. Detta är paradoxalt så till vida att de allra flesta nyblivna mammor besöker hälsovården upprepade gånger under det första året. I de fall där mammorna faktiskt hade tillfrågats så skedde det vanligen under de första 3 månaderna postpartum, efter det var det sällsynt att det togs på tal. (Brown et al 2015)

De som har fått information om urininkontinens under graviditeten har betydligt större sannolikhet att söka hjälp om de efter förlossningen får problemet, de facto påverkar graden av rådgivning om urinläckage hjälpsoökningsbeteendet mer än hur mycket besvär man har. (Ruiz de Viñaspre Hernandez et al 2015).

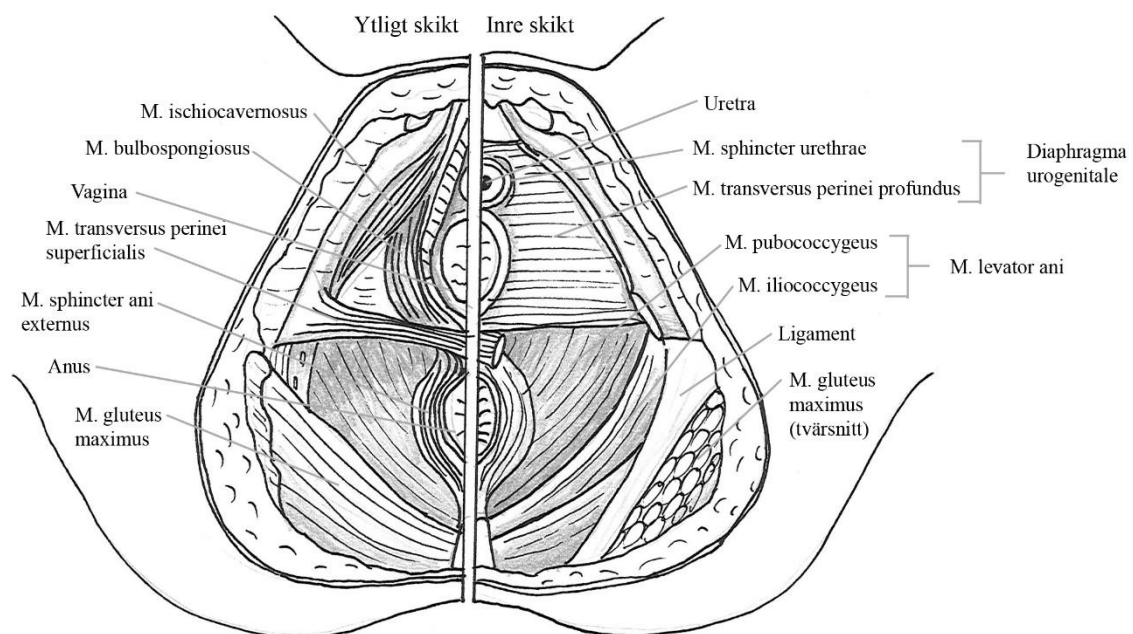
Majoriteten av de drabbade nyblivna mammorna försöker ändå ignorera problemet och hoppas att det försvinner av sig själv. En vanlig kommentar är att man tror att det helt enkelt hör till, och "om ingen i hälsovården frågar om saken, så kan det väl inte vara så farligt". Många upplever också att den egna hälsan är en bisak under spädbarnstiden då det finns många andra utmaningar med att ta hand om en nyfödd och hitta balans i var-

dagen. Dessutom upplever många en outtalad norm som innebär att mammarollen som familjens ”vårdare” inte passar ihop med att klaga på sina egna krämpor. (Buurman&Lagro-Janssen 2013)

Det är problematiskt att många av besvären som kan uppkomma under postnatalperioden är så svåra för kvinnor att diskutera (Buurman&Lagro-Janssen 2013). Fastän problemen då är små så kan de bli kroniska och senare i livet svårhanterliga (Mörkved 2003). De allra flesta kvinnorna i en nederländsk studie visste mycket lite om bäckenbotten och dess funktion (Buurman&Lagro-Janssen 2013). De skulle i efterhand ha önskat betydligt mer information om ämnet under graviditeten, och hjälp med att hitta rätt muskler och ett lämpligt träningsprogram.

2.2.4 Bäckenbottens anatomi och fysiologi

Bäckenbotten är en rombformad struktur av muskler och bindväv som sitter fäst mellan blygdbenet, sittknölarna och svanskotan. Musklerna bidrar utöver att stöda bukålans organ till att kontrollera urinering och avföring, dra ihop sig vid samlag och att reglera trycket i bukålan.



Figur 2. Bäckenbottens yttre och inre muskelskikt sedda nerifrån

Rombens främre triangel kallas urogenitaltriangeln och den bakre kallas analtriangeln. Bäckebottenmusklerna kan delas in i två lager, ett inre som kallas *diaphragma pelvis* och ett yttre som kallas *diaphragma urogenitale*. (Litmanen 2015, s.86) Av det totala muskler som ingår i bäckenbotten kan speciellt nämnas den stora *musculus levator ani* som går i det inre skiktet hela vägen mellan blygdbenet och svanskotan och är fäst också i mellangården, urinröret, vaginans och ändtarmens muskelskikt för att stödja deras struktur. Sfinkter- eller slutarmusklerna runt urinröret och ändtarmsöppningen räknas också till bäckenbottens muskler. (Litmanen 2015, s.87-88)

Muskelhinnorna eller faskiorna har också en betydelse för bäckenbottens funktion. *Fascia diaphragmatis pelvis superior* och *fascia inferior diaphragmatis pelvis* täcker *musculus levator ani* ovan- och underifrån och smälter ihop till ett ligament runt urinröret och vaginan. Mellan dessa hinnor går också blodkärl och nerver. (Litmanen 2015, s.88)

Bäckebottenmusklerna, hinnorna och ligamenten sträcker sig i alla tänkbara riktningar. Gravitet och en vaginal förlossning påverkar bäckenbotten genom att det mekaniska trycket töjer ut strukturerna och eventuellt kan orsaka vävnadsskador. Funktionsstörningar i bäckenbotten förekommer mer efter vaginala förlossningar än efter kejsarsnitt, men denna skillnad försvinner med tiden vilket visar att andra faktorer även har betydelse för funktionen – ålder, livsstil, genetiskt arv och hormonbalans. Genom god förlossningsvård kan man ändå minska på skadorna på bäckenbotten och följderna av sådana skador. (Aukee&Tihtonen 2010)

I förlossningen kan skadorna vara på muskler, nerver, bindväv eller en kombination av dessa. Bristningar kan uppkomma av sig själv då strukturerna töjs ut i utdrivningsskedet, eller till följd av ett kirurgiskt snitt i mellangården (episiotomi). Forskning har visat att det är bättre att göra episiotomi endast efter noggrann övervägning än rutinmässigt. I förlossningar där hjälpmedel (förlossningstång eller sugkopp) används är risken för bristningar flerdubblad. Ytliga bristningar läker av sig själv, men vid djupare muskelskador är det viktigt att sy ihop musklerna lager för lager för att funktionen i bäckenbotten så småningom ska återställas. (Aukee&Tihtonen 2010)

2.2.5 Riskfaktorer för urininkontinens

Vad som utgör riskfaktorer för att drabbas av urininkontinens postpartum är inte helt klargjort eller entydigt. Inverkan av förlossningssätt och vilka hjälpmedel som använts vid förlossningen har undersökts i ett flertal forskningsprojekt, varav de flesta rapporterar att de enda faktorerna som ökar risken för urininkontinens är användningen av sugkopp och förlossningstång, men några undersökningar rapporterar också motsatsen (Kivelä 2011). Förlossningssättet (vaginalt eller kejsarsnitt) verkar som nämnt ha en jämförelsevis mindre betydelse för risken att få urinläckage efteråt, eftersom båda grupperna i längden uppvisar liknande andel drabbade (Foldspang et al 2004).

Andra faktorer under förlossningen – långt krystningsskede, hög födelsevikt hos barnet, användning av epiduralbedövning samt stora bristningar och rutinmässiga episiotomier – har framförts som tänkbara risker, men forskningsresultaten har varit så motsägelsefulla att inget kan sägas säkert (Kivelä 2011).

Prolaps av organ i bukhålan utgör en stor riskfaktor för urininkontinens, ungefär 60% av dem hos vilka ett framfall konstateras har också urinläckage. Största delen av prolapspatienterna har blandinkontinens eller trängningsinkontinens, under en procent har ren ansträngningsinkontinens. (Kivelä 2011)

Upprepade urinvägsinfektioner kan också leda till urininkontinens, visar ett flertal undersökningar. Infektioner leder framför allt till tillfällig trängningsinkontinens. (Kivelä 2011)

Andra faktorer som kan kopplas till risk för att urininkontinens ska uppkomma är hur många förlossningar man har genomgått, ålder, BMI, lungsjukdomar och rökning samt användning av vissa läkemedel (Viktrup et al 2001). Diabetes, stort intag av fetter oberoende av BMI, avföringsinkontinens kan också associeras med ansträngningsinkontinens (Kivelä 2011)

Den genetiska dispositionen för urininkontinens är delvis olika för olika individer. Etniskt ursprung har en betydelse då det visat sig att riskerna är högre för latinamerikanska och etniskt nordeuropeiska kvinnor jämfört med kvinnor med afrikanskt och asiatiskt ursprung. Om kvinnor i den nära släkten har ansträngningsinkontinens är risken förhöjd, men detsamma gäller inte trängningsinkontinens. (Kivelä 2011)

2.2.6 Bäckebottenträning som den effektivaste behandlingen

Forskningen är enig om att den främsta behandlingen vid ansträngningsinkontinens är träning av bäckenbottenmuskulaturen med hjälp av så kallade knipövningar eller Kegelövningar. Mörkved (2003) går igenom tre olika forskningsprojekt där blivande mammor fick träna bäckenbotten under graviditeten samt fem projekt där mammor har fått träna efter förlossningen. Resultaten visar att bäckenbottenträning har en signifikant förebyggande eller botande effekt. Man tror att träningen de första veckorna tjänar till att återställa nervkontakten, och därefter öka uppbyggnaden av musklerna. (Mörkved 2003)



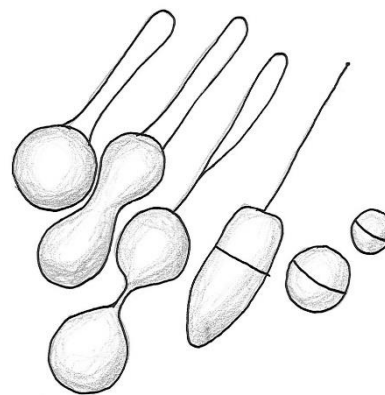
Figur 3. Bäckebottenträning med biofeedback

I Finland är det vanligen fysioterapeuter som behandlar kvinnor som har blivit diagnostiserade med ansträngningsinkontinens (Keränen 2016). Vårdstigen beskrivs i bilaga 2. Fysioterapeuten ger patienten ett personligt utformat träningsschema till stor del baserat på egna erfarenheter. Som tilläggshjälpmiddel vid bäckenbottenträningen kan man använda biofeedback vilket innebär att klienten får nyttja en apparat vars sensorer placeras i vaginan och på buken och där mäter kontraktionsstyrkan så att hon själv kan följa med träningens effektivitet (God medicinsk praxis 2011).

Andra hjälpmedel är olika typer av geishakulor eller vaginalkoner vilka båda är små vikter som fungerar som

Tillgänglig forskning visar att träningen bör vara instruerad av kunnig vårdpersonal så att kvinnorna tränar rätt (Mörkved 2003) och att uppföljning ger bättre resultat i och med att motivationen upprätthålls (Åhlund et al 2013).

I Finland är det vanligen fysioterapeuter som behandlar kvinnor som har blivit diagnostice-



Figur 4. Olika typer av vaginalkylor och -konor

motstånd och på så sätt kan effektivisera träningen och hjälpa mamman att veta att hon spänner rätt muskler. Då det gäller kulor är det viktigt att de är en lämplig storlek, med tanke på dels individens anatomi och dels bäckenbottenmuskulaturens styrka. Man får pröva sig fram och gärna börja med lite större och lättare kulor och sedan övergå till mindre och tyngre då musklerna blir starkare. (Keränen 2016)



Figur 5. Vaginalkon med mekanisk indikator

Ett mellanting mellan vanliga träningskulor och biofeedback är vaginala träningsredskap med mekanisk indikatorantenn som visar att man kontraherar rätt muskler (så som Come och Aquaflex). Sådana finns att köpa bland annat på apotek och Instrumentarium. På den finska marknaden saknas än så länge appstyrda träningshjälpmedel, men på svenska finns bland annat Elvie där sensorn kommunicerar med en smarttelefon via en applikation.

Exakt hur träningen ska utformas är omdebatterat. År 2011 publicerades i Finland en evidensbaserad God medicinsk praxis-rekommendation angående urininkontinens hos kvinnor där man på basen av tillgänglig forskning säger följande:

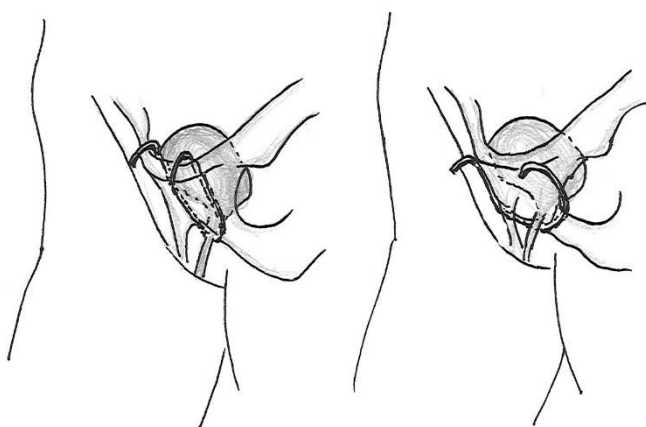
- Ledd muskelträning av bäckenbotten och fysioterapi minskar urininkontinens
- En vårdare i bashälsovården som är insatt i ämnet eller en fysioterapeut kan testa om patienten hittar bäckenbottenmusklerna och instruera träningen
- Om patienten inte lyckas hitta musklerna eller träna dem ska hon remitteras till fysioterapeut som kan instruera biofeedbackträning. Biofeedback passar som hjälpmedel fastän tilläggs effekten till träningen inte är klarlagd.
- För att nå resultat bör träningen pågå minst 3 månader

I rekommendationen sägs däremot ingenting om träningsprogrammets utformning. Siv Mörkved som kan anses vara Nordens största specialist på urininkontinens och bäckenbottenträning konstaterar att den optimala frekvensen och intensiteten för att träna bäckenbottenmuskulaturens styrka inte är känd (2003).

2.2.7 Andra behandlingsmöjligheter

I många fall kan livsstilsförändringar avhjälpa problemen delvis. Viktminskning för dem med övervikt, att dricka mindre kaffe och andra vätskor, samt att sluta röka har alla visat sig ha effekt. (God medicinsk praxis 2011)

Om konservativ vård inte ger resultat, kan man överväga operation. I Finland är det nästan uteslutande TVT och TVT-O-operationer som görs eftersom de har visat sig ha mycket bra effekt och ge hjälp länge framöver, 77-90% av de opererade har ännu 11 år efter operationen effekt av den (God medicinsk praxis 2011). TVT står för *tension-free vaginal tape* och innebär att ett stödjande band läggs in som en ögla runt urinröret och fästs retropubiskt bakom blygdbenet. TVT-O eller TOT (*trans-obturator tape*) är en variant där bandet istället läggs transobturatoriskt och fästs i blygdbenets främre gren.



Figur 6. Retropubisk (TVT) och transobturatorisk (TVT-O/TOT) fästning av stödjande band runt urinröret

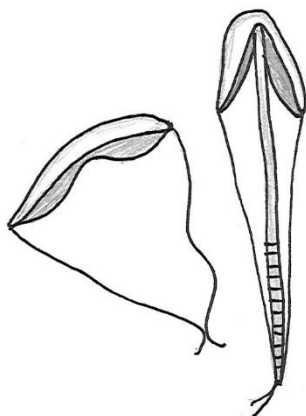
TVT-O har kortare operations-tid och aningen mindre risk för blås- och vaginalperforation samt blödningar, men resultaten är aningen sämre (Ala-Nissilä&Valpas 2011). Operationerna sker med titthålskirurgi under lokalbedövning så att patienten kan medverka och hosta så att man får bandet lämpligt spänt.

Om det finns kontraindikationer mot operation, vilket bland annat är att man planerar att genomgå fler graviditeter, så kan man prova med injektion av polyakrylamidhydrogel runt urinröret, det är tryggt och ger hjälp åt uppskattningsvis hälften av patienterna (God medicinsk praxis 2011).

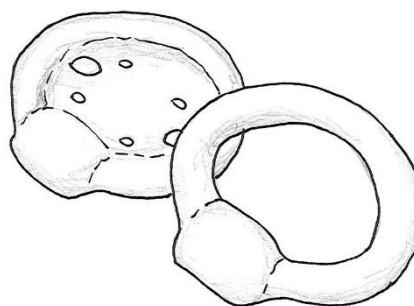
Läkemedel och blåsträning har inte visat sig ha effekt vid ansträngningsinkontinens, dock nog vid trängningsinkontinenssymptom. Detsamma gäller elektisk neuromodulering av blygdnerven eller sakrala nervroten och botulin-A-injektion i blåsmuskeln. Av läkemedlen finns vissa indikationer för att antidepressanten duloxetine höjer livskvaliteten för kvinnor med ansträngningsinkontinens, men i dagsläget är bevisen så svaga att

duloxetinebehandling bara rekommenderas om patienten ändå behöver antidepressanter. (God medicinsk praxis 2011)

Hjälpmedel finns för dem som har urininkontinens, och de bör väljas med besvärens svårighetsgrad och klientens rörlighet och funktionsförmåga i åtanke (God medicinsk praxis 2011). De hjälpmedel som kunde hjälpa en nybliven mamma (som i övrigt har en god fysisk funktionsförmåga) är absorberande inkontinensskydd i lagom storlek och stoppande hjälpmedel som kan användas temporärt till exempel när man motionerar. Dessa stoppande hjälpmedel är kontinensbågar och uretraringar som placeras i vaginan och mekaniskt klämmer på urinröret samt urinrörspluggar.



Figur 8. Kontinensbåge utan och med applikator

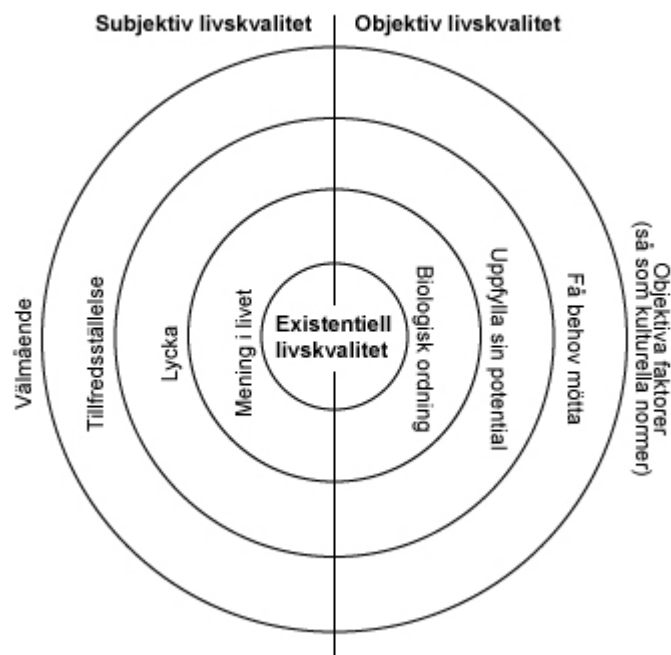


Figur 7. Uretraringar i olika utformning

2.3 Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram i arbetet används integrativ livskvalitet (IQOL, *integrative quality of life*). Teorin om integrativ livskvalitet är utvecklad i Danmark som ett försök till en mer heltäckande och holistisk bild av vad livskvalitet innebär för en komplex varseelse som människan än vad tidigare teorier beskrivit. Teorin har åtta delområden: välbefinnande, tillfredsställelse, lycka, mening i livet, biologiska informationssystemet, uppfyllande av livspotential, mötande av behov, och objektiva faktorer. (Ventegodt et al 2003)

Enligt teorin finns det olika nivåer från ytligt och alldagligt till djupt och personligt som påverkar livskvalitet på olika sätt. Nivåerna och deras interna sammanhang sammanfattas i figur 9.



Figur 9. Livskvalitetens olika nivåer enligt IQOL-teorin

(baserat på Ventegodt et al 2003)

Några av delområdena i IQOL-teorin är subjektiva, upplevda av individen själv. Välmående presenteras som en spontan bedömning av livet i allmänhet, det man skulle svara på frågan ”hur är det?” eller ”hur står det till?” i vardagen. Tillfredsställelse i livet går lite djupare och är ett mentalt tillstånd som uppnås när ens förväntningar, behov och önskningar blir mötta av den omgivande världen. Lycka är nära kopplat till att leva i harmoni med sig själv och upptar en individs hela existens och betecknas av en intensitet i upplevelsen. Mening i livet når en ännu djupare nivå och talas vanligen om bara med ens närmaste vänner. Alla världsreligioner kan ses som teorier om meningen med livet. (Ventegodt et al 2003)

Andra delområden är objektiva yttre fenomen. De mest personliga är enligt teorin funktionen i det biologiska informationssystemet, det vill säga hur cellernas funktion och kommunikation leder till existentiell balans. Man menar att den biologiska ordningen och meningen i livet går hand i hand eftersom en persons upplevelse av sjukdom eller störning i de biologiska systemen påverkas av och påverkar personens upplevda känsla av meningsfullhet. Att uppfylla sin livspotential handlar om möjligheten att utvecklas och vara en del av ett levande system, både på organism- och samhällsnivå. Mötandet av behov är en mer konkret och ytlig del av livskvaliteten där en känsla av välmående

kommer av att få till exempel mat, sex och sociala relationer. På den mest ytliga nivån finns objektiva faktorer så som exempelvis inkomst, civilstånd, hälsotillstånd och antalet dagliga kontakter med andra människor. (Ventegodt et al 2003)

I centrum av varje individs mående finns något som i IQOL-teorin kallas existentiell livskvalitet. Den är en abstrakt kärna som inte går att beskriva i ord eftersom den är bortom de dimensioner som går att analysera rationellt. Djupet i livet handlar om förmågan att kommunicera med den här nivån inom en själv och få den att överensstämma med vad vi betraktar som essensen i livet. (Ventegodt et al 2003)

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med examensarbetet är att analysera hur nyblivna mammor i Finland upplever problem med ansträngningsinkontinens postpartum och om kunskapen de innehar beträffande orsaker och behandling är evidensbaserad och heltäckande.

Frågeställningar:

Hur upplever nyförlösta mammor som drabbats av urininkontinens problemet?

Har kvinnorna kunskap och tillgång till evidensbaserad information om orsaker och behandling, och vilken information som skulle kunna hjälpa dem saknas?

4 METOD

För att svara på hur nyförlösta kvinnor upplever problem med urininkontinens och hurdan kunskap de har kring ämnet har jag gjort en netnografisk studie av diskussionstrådar på nätbaserade diskussionsforum. Jag tror att valet av informantgrupp (skribenter på nätforum) passar mitt tema på grund av dess intima natur: en grupp som då de skriver sina inlägg inte är medvetna om att deras aktivitet undersöks ger enligt mitt antagande en äkta bild av problemet.

Min studie är en kvalitativ undersökning, närmare bestämt en innehållsanalys av inlägg från nätbaserade diskussionsforum. Jag kommer att göra en icke-invasiv icke-reaktiv datainsamling, alltså samla in texter för analys utan att själv påverka dem på något sätt t.ex. genom att själv delta i diskussionen. Jag har valt det här segmentet av delmetoderna som kan användas för netnografisk forskning för att det passar detta projekt, både på grund av ämnets natur och de tids- och arbetsmängdsmässiga begränsningarna för examensarbetet. Då det handlar om att studera mångfasetterade, känsliga fenomen som vårdsektorn ofta karakteriseras av är innehållsanalys väl lämpad (Elo&Kyngäs 2007). Resultatet från textanalysen kommer jag avslutningsvis att jämföra med den evidensbaserade information som redogörs för i kapitel 2.

4.1 Metodologi

Jag har i mitt arbete följt arbetsprocessen som är praxis inom netnografisk forskning:

Steg 1: Definiera frågeställningar eller tema att undersöka

Steg 2: Identifiera och välj ut nätgemenskaper/informantgrupper

Steg 3: Observera deltagarna och samla in data

Steg 4: Analysera data och tolka resultatet

Steg 5: Skriv, presentera och rapportera forskningsresultaten och/eller konsekvenser för teorier och riktlinjer

(baserat på Kozinets 2010, s.61)

Utgångspunkten i mitt arbete är att endast observera och analysera de textinlägg som skrivits i de utvalda diskussionstrådarna. Fördelarna med metoden är att den inte kräver några tidskrävande arrangemang (välja platser för studiebesök, ordna möten, resor till och mellan platser, transkribering av intervjuer och anteckningar, mm.) och därför är resurseffektiv. Den största fördelen, som naturligtvis också är en begränsning i de fall där man skulle t.ex. vilja testa en hypotes, är ändå att metoden är helt och hållet diskret. Forskaren har i bästa fall ett fönster genom vilket hen kan observera naturligt förekommande beteenden, och dessutom möjligheten att spåra gruppdiskussioner tillbaka i tiden. Vill man sedan i framtida forskning få en bredare förståelse så kan man komplettera den netnografiska undersökningen med andra metoder så som djupintervjuer, fokusgrupper, enkäter och experiment. (Kozinets 2010, s.56-57)

Nackdelen med detta tillvägagångssätt är att jag inte kan be om förtydliganden, ställa följdfrågor eller få reda på om och när problemen löste sig. En ickereaktiv datainsamling online möjliggör objektiv granskning av stora mängder data men konsekvensen är också att viss information så som kroppsspråk eller miner hos informanterna inte är tillgänglig (Fielding et al 2008, s.162). Detta är en begränsning som jag ändå tror att är nödvändig för att arbetet inte ska bli för omfattande.

4.2 Avgränsningar

Min främsta avgränsning är mängden text att analysera, eftersom detta arbetes omfattning inte möjliggör analys av alltför stor textmassa. Jag har satt gränsen på 50–100 sidor text i Word med textstorlek 11 och radavstånd 1.

Jag begränsar också vilka diskussionstrådar som tas med i analysen. Examensarbetet fokuserar på nyblivna mammor med ansträngningsinkontinens som har uppkommit under graviditeten eller inom ett år efter förlossningen. Avgränsningen till endast ansträngningsinkontinens gör jag eftersom den absoluta majoriteten av föderskor drabbas av denna typ, som är direkt kopplad till bäckenbottenmuskulaturens skick (se t.ex. Raza Khan 2006). Kvinnor med andra typer av inkontinens eller bäckenbottenrelaterade besvär blir utanför den här studien, likaså kvinnor vars inkontinens inte är relaterad till barnafödande. Preventiva åtgärder behandlas inte utan fokus ligger på behandling och hjälpmedel för de kvinnor som redan har drabbats.

I litteratursökningen har jag valt att huvudsakligen bara behandla material som är publicerat efter år 2000 för att undvika föråldrad information.

4.3 Etiska överväganden

Jag har bekantat mig med de etiska principer som brukar implementeras i netnografisk forskning. Eftersom analys av onlinekommentarer i strikt mening inte tolkas som forskning på mänskliga försöksobjekt så krävs varken forskningslov eller samtycke i juridisk mening (Kozinets 2010, s.141). Jag har därför inte behövt engagera etiska forskningsrådet (ETIX) på Arcada för granskning.

Trots det så finns det avvägningar att göra, för att förrätta min studie så etiskt korrekt som möjligt och skydda integriteten hos personerna som skrivit på nätforumen. Min plan före jag utförde studien var att be om samtycke i de fall där jag vill direktcitera kommentarer såvida inga praktiska hinder låg i vägen (t.ex. anonyma kommentarer, föråldrade kontaktuppgifter, inget svar). Det visade sig att alla inläggen gjordes anonymt. Jag beslöt därför att det är tillräckligt att i de kommunikationstrådar som jag använder i min analys publicera ett meddelande där jag berättar vem jag är, att jag håller på med mitt examensarbete och kommer att använda deras kommentarer för analys, och ge mina kontaktuppgifter ifall de har frågor eller kompletterande information.

Vanligen väljer den netnografiska forskaren mellan fyra nivåer av skydd beroende på hur mycket skada det kan vålla informanten att bli identifierad (Kozinets 2010, s. 154-155). Jag har bestämt mig för att använda den näst högsta nivån av skydd, på basen av att ämnet är intimt och potentiellt genant, samt att personerna som skrivit kommentarer knappast har räknat med att någon ska använda texten för publicering. Skyddsnivån innebär att informanterna är anonyma och att det inte med hjälp av en sökmotor ska gå att hitta ursprunget till kommentarerna jag analyserar. Jag modifierar därför namn och forummedlemmars pseudonymer (pseudonymer bör enligt netnografins principer behandlas precis som vanliga namn eftersom de ofta innehåller delar av personens riktiga namn, och personen potentiellt bryr sig om pseudonymens rykte). I de fall där man inte behövt vara medlem på forumet för att skriva och pseudonymen är "Gäst" har jag inte modifierat pseudonymerna. Jag avslöjar inte nätforumens namn. För att hålla ordning under studiens gång har jag själv ett dokument med de riktiga namnen och webbadresser, men jag har iakttagit största försiktighet och lösenordsskyddat dokumentet för att bevara sekretessen. Också dokumentet med datat är lösenordsskyddat och den enda utskrivna kopian förvaras säkert och kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt.

Eftersom kommentarerna är tillgängliga på nätet är det naturligtvis omöjligt att helt anonymisera informanterna. Om någon verkligen vill, så kan hen troligen via sökmotorer hitta samma forum som jag, och läsa kommentarerna själv. Jag räknar ändå med att det tillför ett visst skydd att jag undersöker finska nätforum men skriver på svenska och översätter alla citat, då det gör det svårt att göra sökningar med exakta fraseringar. Dessutom skrev nästan alla under pseudonym. I och med att den största risken är genans

och inget direkt skadligt annat än psykologiskt, så anser jag att det är etiskt försvarbart att ändå använda kommentarerna för analys.

I allt övrigt kommer jag att följa Arcadas regler för god vetenskaplig praxis.

4.4 Datainsamling

Jag har använt Google för att leta upp diskussionstrådar om inkontinens efter förlossning. Google är den tveklöst mest använda sökmotorn i Finland (StatCounter Global Stats 2016) vilket motiverar användningen av den. Jag använde finska sökord (*virt-sankarkailu synnytyksen jälkeen*) för att placera undersökningen i en finländsk kontext.

På basen av netnografen Kozinets rekommendationer för val av diskussionsforum (Kozinets 2010, s.89) samt egna observationer av tillgängligt data formulerade jag följande inklusions- och exklusionskriterier för diskussionstrådarna i mitt data:

Tabell 1. Inklusions- och exklusionskriterier

Inkluderas	Exkluderas
Relevant rubrik på diskussionstråden (perinatal kvinnlig inkontinens) eller rubrik som tangerar inkontinens under relevant kategori på diskussionsforumet (förlossning, småbarnstid eller liknande)	Rubrik som tyder på annan typ av inkontinensproblem eller annat ämne
Två eller fler inlägg i tråden	Inlägg som inte har fått några svar
Diskussioner som påbörjats 2006 eller senare	Diskussioner med inlägg äldre än från 2006
Trådar med endast enstaka osakliga inlägg	Trådar där nättroll skrivit fler än två inlägg
Trådar där fokus hålls på ämnet urininkontinens genom hela diskussionen	Trådar där diskussionen har övergått till andra ämnen

För datainsamlingen har jag använt en manuell datorstödd teknik: jag har kopierat och klistrat in textinläggen i ett ordbehandlingsprogram, rensat bort allt onödigt och sparat ner dem. Det jag sparade ner var pseudonymen/namnet, inläggets nummer i ordningen, tidpunkten för inlägget och själva inläggstexten. Om inlägget innehöll bilder/videor/länkar till andra sidor kopierade jag med dem.

Datat jag valde ut bestod i slutändan av 29 diskussionstrådar med varierande antal inlägg (2 till 31). Trådarna var från 6 olika finländska diskussionsforum. Mängden diskussioner jag hittade var diger. Fyra av forumen som jag hittade via Google hade en sökfunktion på diskussionsforumet, där sökte jag ännu på *virt sankarkailu* (forumen som var specifikt riktade till småbarnsmammor) eller *virt sankarkailu synnytyksen jälkeen* (forumen med större ämnessfär) och antalet träffar var 647, 329, 105 och 102. Av dessa valde jag ut trådar med de ovan nämnda kriterierna. Diskussionerna är alltså påbörjade mellan 2006 och 2016, äldre än så ville jag inte ta med för att undvika föråldrade resultat, men jag ville inte heller begränsa mig till endast helt nya diskussioner eftersom det möjligen är intressant att undersöka om det finns skillnader över tid.

Figur 10. Flödesdiagram över datasökningen



(grön=inkluderas, röd=exkluderas)

Datat bestod av 14650 ord, i Word 76 sidor text med textstorlek 11, radavstånd 1 och mellanrum mellan inläggen. En förteckning över datat finns i bilaga 2.

4.5 Bearbetning och analys av data

Jag har utfört en induktiv kvalitativ innehållsanalys. Riktlinjer för utförandet har jag fått från Kozinets (2010) och Elo & Kyngäs (2007). Det första steget var att koda textmaterialet enligt netnografins principer, det vill säga foga koder eller kategorier till datat. Jag valde att koda manuellt eftersom steget att hinna lära sig ett QDA-verktyg (Qualitative Data Analysis) skulle ha tagit ganska länge i proportion till min förhållan-

devis småskaliga studie. Jag har däremot använt ett ordbehandlingsprogram (Word) för att kunna göra sökningar och markeringar.

Under genomläsningen och kodningsskedet gjorde jag också noteringar om olika fenomen och fraser av betydelse.

Nästa steg var att abstrahera och jämföra textinläggen, idéerna och meningarna, för att sortera in koderna i mer generella, konceptuella konstruktioner på en högre nivå och hitta mönster och processer. Kategorierna som trädde fram är ekvivalenta till rubrikerna i resultatkapitlet. Jag hade planerat att vid behov i det här skedet utöka mitt datamaterial om jag ville kontrollera eller förfinas någon idé, men jag ansåg inte att det behövdes. Så småningom tyckte jag sedan att jag kunde generalisera tillräckligt för att kunna svara på frågan hur kvinnorna upplever problemet med urininkontinens och hurdan kunskap som fanns. Det sista steget var sedan att jämföra mina generaliseringar med den teoretiska kunskapen jag inhämtat genom litteraturstudien i bakgrundskapitlet för att se hur de höll sig till varandra och vilken information som saknades hos kvinnorna.

4.6 Metod för utvärdering av resultatet

Jag har gjort en syntes av Nancy Bayms (2006, s.82) och Robert V. Kozinets (2010, s.162) kriterier för att utvärdera kvaliteten på netnografiska studier för att använda som måttstock. Av Bayms sex kriterier och Kozinets tio har jag valt ut och delvis anpassat de som går att tillämpa på ett icke-reaktivt netnografiskt projekt:

Arbetssätt	Resultatet har producerats genom en tydligt presenterad arbetsprocess som följer netnografisk standard
Litteraturanvändning	Texten tar upp och påvisar stor kunskap i relevant litteratur och metod och i resultatet syns en tydlig koppling till dessa
Förankring	Arbetet är välförankrat i teori och data och teoretiska slutsatser stöds tydligt och övertygande av data
Koherens	Alla tolkningar är fria från inneboende motsägelser och följer ett tydligt mönster
Innovation	Idéerna i arbetet ger ny och kreativ förståelse för fenomen
Förståelse	Arbetet har en sensitiv och inkännande approach till det kulturella fenomenet som studeras
Reflektionsförmåga	Texten reflekterar över forskarens roll och är öppen för alternativa förklaringar

Sammankoppling	Kopplingen mellan internet och den verkliga världen är beaktad
----------------	--

Tabell 2. Kriterier för att mäta kvaliteten i icke-reaktivt netnografiskt projekt

Jag har försökt mitt bästa för att uppnå en hög nivå på dessa kriterier för att få ett tillförlitligt resultat. I min kritiska granskning i kapitel 4 diskuterar jag utfallet.

5 RESULTAT

Diskussionstrådarna om urininkontinens var mestadels konstruktiv läsning, i de flesta inläggen förekom uppriktiga försök att hjälpa frågeställaren och få henne att känna sig normal. Stora konkreta teman som diskuterades flitigt var bäckenbottenträning, geishakulor och operation, men på ett övergripande plan var de största temana möjligen osäkerhet kring vart man ska vända sig för hjälp, genans och oro för att problemet är bestående.

5.1 Allmänt

Av diskussionerna var det svårt att dra generella slutsatser om kvinnorna som skriver, men för att få förståelse för resultaten presenteras här det som kunde uttydas om skribenternas egen bakgrund beträffande urininkontinens.

De allra flesta hade själv upplevt urininkontinens av varierande grad, men i en del diskussioner förekom det också kommentarer av personer som själva inte hade problemet. Dessa var ibland aningen okänsliga fast de försökte hjälpa, och skrev saker som att ”det här är på intet sätt en normal krämpa som man ska acceptera” (”gäst”, diskussionstråd 28) vilket antagligen var menat som uppmuntran att söka hjälp men också kan tolkas som att frågeställaren är onormal. De kvinnor som själva hade urinläckage var i sin tur färgade av sin egen upplevelse och vad som eventuellt hade hjälpt dem, och hade ibland svårt att sätta sig in i frågeställarens problematik. Exempelvis i inlägget av ”Gäst” anas en egen frustration i svaret till en orolig mamma:

Nu tränar du bara lugnt upp bäckenbottenmuskulerna. Du har hördu inga problem att tala om. Det låter som om din situation är bättre än normal. Kroppen förändras massor i förlossningen och det kan faktiskt ta årtal att vänja sig. (”Gäst”, diskussionstråd 2)

Frågeställarna, alltså de som inledde diskussionstrådarna, kunde möjligen delas in i två grupper. En del var väl pålästa, hade redan en hel del kunskap, gav ordentligt med bakgrundsinformation, men försökte få mer tips och idéer. Den andra gruppen var osäkra och ofta överraskade nyblivna mammor som inte hade förväntat sig ett sådant här problem, och mest önskade bekräftelse på att de är normala. Åldersmedeltalet av de som angett sin ålder var i den här gruppen lägre. Det fanns också mammor som inte kunde placeras in i någon av dessa grupper, men en tendens till polarisering kunde skönjas.

Skillnaden mellan olika sorters urininkontinens var generellt dåligt känd, och det var inte alltid möjligt att avgöra vilken sort kvinnorna led av. I diskussionerna blandade många skribenter mellan ansträngnings- och trängningsinkontinens, och det förekom ofta att de behandlingsformer som är rekommenderade för den ena formen gavs som tips också åt mammor vars symptom tydligt tydde på den andra formen. Intentionen i studien var att primärt undersöka trådar om ansträngningsinkontinens, men i många av trådarna pratades det också parallellt om trängningsinkontinens. En del av mammor led också av blandinkontinens, det vanligaste verkade möjligen vara en mild ansträngningsinkontinens med inslag av en mild trängningsinkontinens.

I ett flertal av diskussionerna lyftes också fram en sorts urininkontinens som eventuellt kunde betraktas som en skild typ: läckage med känselbortfall tidigt efter förlossningen. Det här tycktes för en betydande del, faktiskt majoriteten av de svarande, förekomma direkt efter förlossningen och försvinna någon dag eller några veckor senare. Symptomen var att det rann urin t.ex. vid byte av ställning eller helt oprovocerat, utan känsla av kissnödighet. Det här oroade nyblivna mammor rätt mycket, många var rädda att det handlade om en bestående skada på nerver från förlossningen. Besvärens automatiska försvinnande tyder ändå på att det oftast handlar om svullnad som behöver lägga sig, och att de inre organen måste få lite tid att hitta tillbaka till sina platser efter graviditeten. De drabbade hade generellt ingen kunskap om fenomenet.

5.2 Upplevelser

Mammornas upplevelser varierade, men upplevelsen var överlag i någon mån negativ och oangenäm. Några nämnde att urinläckagen i nuläget inte var ett enormt problem, men hade potential att bli det om läckagen fortsätter länge och inte går att minska.

5.2.1 Genans och ångest

De flesta mammorna skrev om praktiska konsekvenser av urinläckagen, men mellan raderna anades också ångest. Orden *pinsamt/genant* användes 9 gånger, *skam/skäms* 8 gånger, *gråta* 4 gånger och *hemskt/förargligt/tråkigt/otrevligt/harmligt* för att beskriva problemet minst 20 gånger. Även i de inlägg där skribenten inte satt ord på de negativa känslorna antydde hon på olika sätt att problemet är jobbigt.

Jag börjar vara trött på problemet, det begränsar livet överraskande mycket... ("Shovinda", diskussionstråd 4)

Många av frågeställarna avslutade sina inlägg med "Vad ska jag göra?" eller "Hjälp!" vilket tyder på att de upplevt urinläckagen som verkligt ångestframkallande. Ledsna eller gråtande smileys användes i en del inlägg. Flera skrev om att de upplever sig smutsiga, luktande eller onormala.

Attityden varierade ändå mellan att tycka att urininkontinensen är ett enormt problem som begränsar livet, och att acceptera den och tycka att det är något som nästan hör till moderskapet. En del av skribenterna var gravida, och generellt verkade de mer tålmodiga och hoppfulla, kanske för att de såg ett potentiellt slut på problemet. De som hade haft problemet länge och inte kände att någonting hjälpt verkade inte så överraskande ha mer ångest över saken. Även de som inte hade förväntat sig besväret utan trodde att de hade förebyggt tillräckligt med bäckenbottenträning under graviditeten verkade ta det hårt. Men många av inläggen indikerade också att de som har fått kunskap och hjälp bättre klarade av att ta kontrollen, bita ihop och hålla modet uppe, medan okunskap, ångest och osäkerhet hör ihop. Ett exempel på det sistnämnda är signaturen "skamligt" som har fött sitt andra barn sex månader tidigare:

Jag har tränat musklerna ända sedan förlossningen, men ändå läcker det kiss. Det är verkligen pinsamt. Det påverkar redan sexlivet, för jag är rädd att jag luktar. Enligt min man känns det inte större "där nere" än före barnen, men någonting har hänt.. har någon erfarenheter om vad som kunde hjälpa?" ("skamligt", diskussionstråd 15)

Det kom fram senare i diskussionen att "skamligt" inte nödvändigtvis har tränat rätt, och inte provat på geishakulor eller några andra träningsredskap och inte vet hur man använder dem. Hon har inte nämnt besväret åt hälsovårdspersonal, och inte låtit undersöka sig. Andra i diskussionen var ändå konstruktiva och gav tips och råd och försökte uppmuntra henne till att gå till en läkare/gynekolog om hemträning inte ger resultat fastän

steget att söka professionell hjälp verkade vara stort för henne liksom för många andra kvinnor.

Att prata öppet om problemet verkade överlag vara ovanligt, och flera mammor antydde att det är jobbigt att uppleva att man har ett problem som inte kan talas om. ”Jag vet inte ens om det här är något som alla har, för man pratar ju inte om sånt här” skrev exempelvis ”Gäst” (diskussionstråd 2).

Många upplevde användandet av inkontinensskydd som förödmjukande. En inte obetydlig del av de drabbade använde bindor eller trosskydd fastän uppsugningsförmågan och hudvänligheten är sämre än hos inkontinensskydd. Att det var förödmjukande syntes på t.ex. ordvalen, signaturen ”Kiskis” skrev att hon ännu inte har ”låt sig kuvas” till att köpa Tena lady fastän olyckor har hänt (diskussionstråd 3), och ”också drabbad” skrev så här:

Jag har köpt mina tena-skydd i matbutiken, men visst skäms jag. Jag försöker att gå och handla just före stängningsdags när där är mindre folk. I rusningstid köper jag inte mina tenan.... (”också drabbad”, diskussionstråd 19)

Hos många av mammorna fanns självskuldbeläggning då de skrev sådant som ”problemen skulle säkert ha försvunnit snabbare om jag bara hade tränat mer” (”Gäst”, diskussionstråd 2) eller ”jag får väl skylla mig själv då jag inte var så flitig med träningen under graviditeten” (”inkontitant”, diskussionstråd 5).

5.2.2 Typiska situationer då läckage förekommer och påverkan på livskvalitén

De situationer som skribenterna med ren ansträngningsinkontinens vanligast upplevde urinläckage i är då de hostar (nämns 35 gånger), nyser (23 gånger), hoppar på trampolin (24 gånger) eller joggar (39 gånger). Ridning och träning på gym var också problematiska för några, likaså att spy utan att blåsan töms. Det tycktes finnas olika strategier för hur man hanterar problemen: att använda skydd då man ska utöva en riskabel aktivitet, att alltid använda skydd för säkerhets skull, att försöka undvika de aktiviteter där risken är störst. Om man bara hade läckage t.ex. vid hopp på trampolin var det inte så svårt att undvika eftersom det inte handlar om en obligatorisk aktivitet (”damen”, diskussionstråd 18), men om man hade svårt att t.ex. promenera upplevdes problemen direkt större

(t.ex. ”gäst”, diskussionstråd 2). För många handlade det om att de har haft en hobby, t.ex. löpning, före graviditeten, och då de igen försökte komma igång märkte de av läckageproblemen och bestämde sig för att vänta med hobbyn tills de har avhjälpt problemen.

Nu, det vill säga 2,5 månader efter förlossningen, kan jag redan gå raskt och skida utan binda. Självklart fortsätter jag också att jumppa. Jag har provat lugn joggning och det lyckas med små läckage, lite åt gången. Jag fortsätter såklart jumppan och använder musklerna speciellt vid ansträngning. Tills vidare har jag ändå fått acceptera att jag säkert inte kan börja med min hobby löpning förrän till sommaren, men tur nog hämtade julgubben skidor. :-) (”gäst”, diskussionstråd 2)

I diskussionstrådarna kom några extremfall fram, mammor vars liv var verkligt begränsade tack vare urinläckageproblemen. I dessa fall hade mammorna nästan uteslutande också drag av trängningsinkontinens. Ett exempel är ”Chalione” som har en 10,5 månaders baby och sedan 4 månader efter förlossningen har försökt få hjälp för sin trängningsinkontinens:

På hela tiden har jag inte rört mig utanför hemmet annat än till läkaren, jag bara inte kan. Hemma är bra då jag vet att toaletten är nära, men genast om jag måste ta mig någonstans så blir mina besvär värre. Jag grämer mig för min pojkes och mans skull, jag kan ju inte alls vara ute och min man får sköta alla butiks färder o.dyl. ensam utöver att han jobbar. (”Chalione”, diskussionstråd 7)

Ofta är det aktiviteterna med barnen som lider, vilket naturligtvis är en källa till dåligt samvete. I någon grad inrättade de flesta av skribenterna sina liv enligt WC-behov. Det var vanligt att man försökte förutse när blåsan är så full att det är större risk att det läcker, och gå på toaletten för säkerhets skull t.ex. före man går hemifrån.

Anmärkningsvärt är att ett flertal mammor kopplade problemen till hormonella variationer. Inkontinensbesvären är värst dagarna före mens, skrev åtminstone sju mammor. Det här stöder den än så länge dåligt utforskade idén om att mekanismen bakom inkontinens har en stark hormonell komponent.

5.2.3 Oro kring normalitet och bestående problem

En fråga som återkom gång på gång med olika ordval i inläggen var: är jag normal? Det tycktes vara den största frågan för många av kvinnorna, de nöjde sig inte ens alltid med att höra att problemet är allmänt utan lugnade sig först då de fick höra ”ja, du är normal”. Att få höra att det finns andra med samma problem tycktes ha en lugnande effekt, vilket ju också antagligen är orsaken att man skriver på ett discussionsforum.

En mamma "blöjbyxan" hade visserligen fått bra hjälp och tips av en fysioterapeut redan på förlossningssjukhuset, men hade ändå fastnat på att barnmorskan som hemförlovat henne hade sagt att det inte är helt normalt att det läcker urin. Ordet onormal tycks genast få mammor att tänka att problemet är olösligt, "blöjbyxan" skriver att "jag blev nog lite uppskrämd och på något sätt fick jag en bild av att det nog blir permanenta problem eller åtminstone att något är riktigt fel med mig" (diskussionstråd 5).

För dem som urininkontinensen hade börjat eller fortsatt efter förlossningen var det största orosmomentet naturligt nog just om det kommer att bli bestående problem. Ett typiskt inlägg var det här:

Det har gått 5 månader sedan förlossningen och jag lider ännu av urinläckage. Det känns som att problemen bara har blivit värre. Jag har tränat bäckenbottenmusklerna men har inte märkt någon nämnvärd förbättring (åtminstone ännu). Är det här manne ett bestående problem eller kan jag bli av med det? Har någon annan här inkontinens som har fortsatt längre? ("Oona87", diskussionstråd 16)

Tanken på att för all framtid ha urininkontinens var fasaväckande för flera kvinnor:

Man kan bara hoppas att kvinnor så småningom vågar börja prata mer om de här sakerna och kräva ett människovärdigt liv också efter vaginala förlossningar. Att resten av livet vara tvungen att gå med blöjor är inte det enligt mig. Tänk att man i Tena-reklamerna faktiskt skryter med att miljoner kvinnor använder deras produkter... Herregud ändå! ("baksidan", diskussionstråd 23)

En del var ändå beredda på att problemet kommer att återkomma som äldre. Signaturen "självklart" som tycktes ha en pragmatisk inställning till problemet skrev t.ex. som svar till en orolig ettbarnsmamma som ville veta om det är normalt att hon fått problem som 47-åring ca 15 år efter förlossningen:

Såklart att det är individuellt och du är inte onormal. Det här är ju ett sådant problem som säkert ganska få diskuterar med sina kompisar. I stil med att vid kaffebordet slänga ur sig att hej, jag har börjat få urininkontinens. Det leder säkert till att det kan verka som att ingen annan har det här besväret. Jag har själv lidit av det efter båda mina graviditeter fast jag tränade bäckenbotten. Tack vare intensivträning blev jag ändå sedan av med det. Men vi får se hur det blir när åren går, i vilken ålder det sedan börjar igen. ("självklart", diskussionstråd 21)

De som är gravida funderade också ofta på om besväret kommer att fortsätta efter förlossningen. Bland blivande mammor förekom dessutom funderingar kring hur tidigt i graviditeten det är normalt, hur man kan vara säker på att det är kiss och inte fostervatten, och om man kommer att kissa på sig i förlossningen. De gravida fick en del kommentarer om att funderingarna är rätt irrelevanta, men för dessa drabbade verkar det handla om verkliga källor till oro.

5.3 Kunskapsnivå i diskussionerna

Här presenteras vilka behandlingsmöjligheter, hjälpmedel och orsaker bakom ansträngningsinkontinens som var kända bland mammorna, och var det fanns kunskapsluckor.

5.3.1 Råd om behandling och hjälpmedel



Figur 11. Kunskap om behandling och hjälpmedel vid ansträngningsinkontinens.

En övervägande majoritet av mammorna var bekanta med bäckenbottenträning och en del tycktes ha fått information och guidning från rådgivningen under graviditeten. Två äldre föderskor med flera förlossningar bakom sig berättade att de med första barnet bara fick lite information i förbifarten, men efter senare förlossningar blivit uppmuntrade att söka hjälp vid behov. Det är svårt att säga om det här är en generell förändring, men i de undersökta diskussionstrådarna framstår det som kvinnor generellt har mera och mångsidigare kunskap om bäckenbottenträning i de nyare trådarna.

Det rörde en såpass grundmurad uppfattning om att bäckenbottenträningen är lösningen på urinläckage, att skribenterna i alla diskussionstrådar de facto ordinerade träning fastän frågeställaren vid närmare syning inte verkade lida av ansträngningsinkontinens eller hade symptom som tyder på att det kan finnas annan problematik som inte löses av muskelträning. Av skribenterna verkade nästan hälften träna bäckenbotten aktivt eller åtminstone vilja ge sken av att de gör, en lika stor grupp medgav att de tränar nu och då när de minns eller har möjlighet, och en liten minoritet tränade inte alls. Det här är inte

säkert representativt för nyblivna mammor överlag, eftersom man antagligen tränar aktivare om man har drabbats av bäckenbottenrelaterade besvär som urininkontinens. Ett par mammor som har lyckats träna bort problemet nämner i inläggen att de kommer att träna betydligt aktivare före förlossningen om de blir gravida igen.

Överlag gav mammorna ändamålsenliga och korrekta anvisningar åt varandra om hur man tränar bäckenbottenmusklerna. Att testa knipförmågan och hitta rätt muskler genom att hålla ett finger i vaginan medan man kontraherar bäckenbottenmuskulaturen var ett vanligt tips som många gav. Det var ändå allmänt att kvinnor tyckte att det är svårt att hitta rätt muskler, speciellt i andra ställningar än man är van vid:

Jag har faktiskt försökt men det är så svårt att spänna musklerna där när man hoppar på trampolinen, på något sätt känns det som att jag inte hittar musklerna när jag skuttar omkring där. ("hh", diskussionstråd 22)

I diskussionstrådarna (exempelvis diskussionstråd 3) bekräftades att det inte är ovanligt att behöva hjälp med att hitta rätt muskler, och att det underlättade om man före förlossningen har identifierat musklerna.

Skribenterna rekommenderades då ibland olika hjälpmedel som kan köpas på apotek, Instrumentarium eller webbshoppa. Hjälpmedlen är tänkta att effektivisera bäckenbottenträningen och hjälpa att försäkra att man spänner rätt muskler. Geishakulor eller andra vaginalkulor och -koner var mycket vanliga rekommendationer för effektivare träning. En del hade problem med antingen att kulorna/konerna hölls inne utan ansträngning eller att de inte alls hölls inne. Även angående detta var råden huvudsakligen korrekta, och det fanns en förståelse för att ett märke kanske funkar för någon med en viss anatomi men inte för alla och att det finns bättre och sämre modeller. Råden var ofta i stil med följande:

Det lönar sig att köpa ordentliga träningsredskap från apoteket/Instrumentarium eller motsvarande. De där egentliga träningsredskapen är i allmänhet inte runda bollar utan typ spolformade och antingen finns där flera med olika vikt i förpackningen, eller sedan kan man ändra vikten med tilläggstyngder som man sätter in i den där ena. När musklerna utvecklas så kan man öka motståndet. ("vårdare", diskussionstråd 15)

Kulor har ofta ett medföljande träningsprogram på 8-12 veckor, vilket flera mammor nämnde att de uppskattade eftersom var svårt att veta själv hur träningen skulle läggas upp för att nå resultat. Bilden av hur snabbt träningen ska hjälpa varierade rätt mycket, allt från att man ska se resultat efter en vecka ("Gäst", diskussionstråd 6) till att det kan

ta ett år ("Gäst" i diskussionstråd 29 som blivit lovad operation om träningen inte gav effekt inom ett år).

Geishakulorna var verkligt populära bland de undersökta mammorna. Ett tiotal mammor skrev faktiskt att de inte fick något resultat av bäckenbottenträningen innan de köpte kulor. De flesta verkade ha fått resultat av träningen inom ett par månader. Ett rätt typiskt inlägg var följande:

Skvättandet vid ansträngning, nysning o.s.v. slutade inte förrän jag köpte kulor. Efter 8 veckors träning kunde jag till och med nysa utan att det läckte. Det var igen roligt att gå till pulkabacken, underlivet "glappade" så att säga inte längre i guppen. ("trebarnsmamman", diskussionstråd 3)

Även träning med biofeedback var ett relativt välkänt alternativ. Det diskuterades i ett flertal av diskussionerna, fastän den korrekta termen inte alltid användes. En del skrev om "en sådan där apparat" eller bara om att fysioterapeuter har kunskap:

En del fysioterapeuter är specialiserade på just sådana här problem. Ibland riktas nämligen träningen inte till rätt muskler, och då kan man med fysioterapeutens hjälp lyckas ändra träningen och rehabilitera bäckenbottens muskler. ("Minna", diskussionstråd 1)

Endast två gånger nämnde mammor att de har skaffat Come-träningsredskap som indikerar när man tränar med rätt teknik. Utlåtandet om hur det har fungerat var i båda fallen att redskapen är bra.

Många kände på ett övergripande plan till att en operation också kan hjälpa. Det lät på många som om de kände någon som har genomgått en operation. Ett antal kvinnor som själva har opererats deltog också i diskussionerna, och de hade mer detaljerad kunskap än andra:

Jag har blandinkontinens så kirurgen kunde inte ens lova att operationen skulle ha någon nytta. Operation hjälper i allmänhet bara mot ansträngningsinkontinens men inte mot trängningsinkontinens. Jag var ändå SÅ desperat att jag ville pröva om operationen skulle vara lösningen. I operationen satte man in ett nätaktigt band för att stöda urinröret. ("Gäst", diskussionstråd 27)

Av den handfull mammor med ansträngningsinkontinens som på diskussionsforumen berättade att de hade genomgått operationer var alla mycket nöjda och rekommenderade ingreppet för andra. Livskvaliteten tycktes ha förbättrats betydligt, i vissa fall extremt:

Utan tvekan de bäst investerade 1500 euron i mitt liv. Jag kan leva igen! Jag kan till och med gå på bio eller äta på restaurang – ah, jag har fått mitt liv tillbaka! ("gäst", diskussionstråd 27)

Ibland blandade skribenterna mellan urinrörsstabiliserande operationer (TVT, TVT-O/TOT) och operationer där man stöder upp urinblåsan med ett nät vid prolaps, och pro-

lapsoperation rekommenderades fastän frågeställaren troligen inte alls hade prolaps. I en del av diskussionerna rättades ändå missförståendet till, t.ex. i diskussionstråd 23 där en fysioterapeut grep in och skrev som svar åt en gravid kvinna med ansträngningsinkontinens:

(Så mycket vill jag ännu kommentera ovanstående svarares text: grav prolaps av urinblåsan är en sak för sig, men nu ska vi inte skrämma upp frågeställaren i onödan. DE ALLRA FLESTA urininkontinensproblemen kan lösas med muskelträning, operationsvård är aldrig förstahandsalternativet och under graviditeten görs i alla fall inga sådana här operationer.) ("fyssaren", diskussionstråd 23)

Många kände till och tog fasta på att man inte kan opereras om man ännu vill ha barn. Det figurerade några missuppfattningar om operationerna, t.ex. att det är vanligt att som resultat få trängningsinkontinens.

Kunskapen om operationsalternativet var ändå som sagt stor, de facto till den grad att bilden läsaren fick från inläggen ofta blev att behandlingsalternativen endast är bäckenbottenträning eller kirurgi. Alternativen mellan dessa extremer glömdes ofta till stor del bort. Många gånger fick frågeställaren som svar på sin önskan om tips t.ex. "Till läkaren med dig bara och sen skickas du till en specialistläkare. En liten operation och saken är klar. Onödigt att lida när det finns hjälp." ("jag", diskussionstråd 2) vilket i en del fall skrämde upp frågeställaren mer än lugnade henne.

Ett par gånger efterfrågades erfarenheter av laseroperationen IncontiLase som utförs på vissa privata kliniker och sägs fungera mot ansträngningsinkontinens genom att öka kollagenmängden runt urinröret. Frågeställarna var själva medvetna om att det här inte är en evidensbaserad behandling, utan verkade ställa frågan i hopp om en sista utväg. Ingen med erfarenhet svarade på inläggen.

Relaxeringsövningar nämndes i en diskussion av en kvinna som vars urininkontinens enligt egen utsago berodde på spänningar i bäckenbottenmusklerna, på grund av överträning eller stress. I den teoretiska litteraturen hittades inte stöd för att det här skulle vara ett vanligt problem.

Kunskapen om inkontinensskydd var så till vida bristfällig, att många hade uppfattningen att bindor och inkontinensskydd är samma sak, och var ledsna över att bindan svämde över eller skavde. De fick oftast rådet att prova med skydd som är menade för detta ändamål och långvarig användning och har en bättre uppsugningsförmåga och bekvämlighet.

Angående läkemedel var kunskaperna och råden också varierande. Kvinnor med ansträngningsinkontinens fick flera gånger höra att ”det finns läkemedel mot det” (t.ex. diskussionstråd 10) fastän forskningen säger något annat. Anmärkningsvärt är att läkare faktiskt – åtminstone tidigare under 2000-talet – tycks ha ordinerat läkemedel rätt frekvent även mot ansträngningsinkontinens. Läkemedlen som mammor nämnde vid namn att de har fått utskrivna är: Vesicare, Kentera, Betmiga, antikolinergika samt lokalverkande estrogensalva och vagitorier (Ovestin, Vagifem). De tre förstnämnda är läkemedel som används vid trängningsinkontinens och överaktiv blåsa, antikolinergiska läkemedel används vid många olika sjukdomstillstånd för att de bl.a. slappnar av glatt muskulatur och ökar hjärtfrekvensen, och estrogenprodukter används huvudsakligen vid klimakteriebesvär. En misstanke är att de som fått trängningsinkontinensmediciner och antikolinergika utskrivna också har haft andra typers urineringsbesvär fast de inte nämner saken i inläggen. Estrogen däremot tycktes vara vanligt att till och med specialiserade läkare rekommenderade fastän forskningen inte visar på effekt. Fem mammor lovprisade lokalverkande estrogen i sina inlägg då de upplevde sig ha blivit hjälpta av detta, och några till nämnde att de hade blivit delvis hjälpta.

Flitig träning hjälpte bara lite mot besvären. Det magiska ordet har varit användning av lokalverkande estrogensalva. Ungefär en vecka efter att jag började med den så förbättrades situationen betydligt och jag kunde gå utomhus utan binda. Jag påbörjade estrogenbehandlingen 6 veckor efter förlossningen d.v.s. direkt efter eftergranskningen. Man får köpa salvan/vagitorierna receptfritt från apoteket, och enligt läkaren som gjorde eftergranskningen så kan man använda dem fast man ammar. Ingen har före det här gett det här rådet, på rådgivningen eller i informationsmaterialet som jag fick därifrån har de inte nämnt saken. Estrogenbehandling har också andra fördelar, speciellt med tanke på sex [...] Det lönar sig att be läkaren på eftergranskningen att be om remiss till en fysioterapeut som är specialiserad på det här problemet. Här i Helsingfors finns sådana åtminstone på Kvinnokliniken och Barnmorskeinstitutet. Också där rekommenderar de lokalverkande estrogen. (”Gäst” i diskussionstråd 2)

Fastän forskningen inte stöder tanken på att estrogen i sig kan bota inkontinensproblem, så tyder inläggen kring ämnet på att den grupp som har problem med torra slemhinnor har blivit hjälpta av estrogenbehandling också med avseende på urinläckage. Möjligen rekommenderar vårdare alternativet relativt lättvindigt eftersom det är ett enkelt, billigt och ofarligt.

Alternativet polyakrylamidhydrogel som injektion nämndes inte i diskussionerna, det är alltså troligen rätt okänt och ovanligt.

Elbehandling av nerver som alltså är en fungerande vårdform endast vid trängningsinkontinens var för de flesta okänt, men ett par mammor med ansträngningsinkontinens

nämnde ändå elbehandling i någon form. En mamma berättade att hon fått låna hem en Tens-apparat från fysioterapimottagningen, och att det inte hjälpt ("Shovinda", diskussionstråd 4), en mamma skrev att hon skickats på "vård med elektriska impulser" som förvärrade problemet ("bara", diskussionstråd 23) och en mamma svarade på det och skrev:

Min före detta granne var på en sådan där elbehandlingsgrej som den där fysioterapeuten skrev om. Hon fick hjälp av det. Fast hon hade väl inga bristningar. Jag måste bara kommentera, när man från de här kommentarerna får bilden av att ingen har haft nytta av det. Men så här är det väl alltid, att samma vård inte fungerar för alla. ("Vildis", diskussionstråd 23)

Den nämnda fysioterapeuten hade dock skrivit om biofeedbackträning, så det förblev oklart om det var det "Vildis" syftade på eller elektrisk neuromodulering.

Urinstoppande hjälpmedel var helt okända och oanvända. De tycktes inte finnas att tillgå eller rekommenderas av fysioterapeuterna som jobbar med det här, utan okunskapen tycktes vara lika stor inom vården såvida de inte finns någon annan orsak att dessa inte används.

Sist men inte minst rekommenderade många av skribenterna helt enkelt tid som behandling i en stor del av inläggen:

För mig gick det ett år, sedan slutade problemen. Ge kroppen tid, nog återställs den. ("gäst", diskussionstråd 7)

Jag tror att det löser sig med tiden, kvinnan är ju skapt för att föda. ("Gäst", diskussionstråd 2)

5.3.2 Kunskap om orsaker bakom urininkontinens

De flesta var överens om att svaghet i bäckenbottenmuskulaturen är den vanligaste orsaken till ansträngningsinkontinens. En stor del verkade också tro att det är den enda orsaken till urininkontinens. Ett illustrerande inlägg är detta i en diskussion som påbörjats av en mamma som efter ett kejsarsnitt har fått symtom på trängningsinkontinens:

Ganska speciellt. Inte hade jag ens sådana problem efter min vaginala förlossning fast bäckenbottenmuskulerna ju nog just där tänjs ut så att man sedan borde träna dem så att de återställs. Urininkontinens beror ju på svaghet i bäckenbottenmuskulerna som man borde träna. ("gäst", diskussionstråd 6)

Flera av de undersökta diskussionerna började med att en frågeställare undrar: "om bäckenbottenmuskulerna är i skick, vad kan då orsaka mitt problem med urinläckage och vad ska jag göra". Några av frågeställarna har dragit slutsatsen att bäckenbotten är

vältränad eftersom kulor hålls inne, och de klarar vardagliga aktiviteter utan läckage, men då de t.ex. hoppar så läcker det urin. Råden var då oftast att de ska ta reda på om de faktiskt har tränat rätt, och sedan träna mer eller effektivare.

Prolaps framfördes också ofta som en teori till orsak bakom inkontinensproblemen. Prolaps/framfall nämndes 18 gånger. Kunskap om att prolaps främst karakteriseras av trängnings- eller blandinkontinens fanns inte. Många förstod ändå att det då är en annan problematik, och att bäckenbottenträning kan hjälpa men inte i alla av fallen:

Bäckenbottenmusklerna kan förresten vara helt fasta, och ändå kan man ha ett framfall någonstans. ("Gäst", diskussionstråd 2)

Det konstaterades i flera fall att man inte kan veta säkert om man har framfall om man inte låter undersöka sig:

Undersök nu att du inte har fått ett framfall som resultat av förlossningarna och graviditeterna. Det gör att man har stor risk att få urinläckage. Gå till en gynekolog som konstaterar situationen. ("gäst", diskussionstråd 6)

Nervskador nämndes frekvent (12 gånger) som något som kunde ha uppkommit i förlossningen och orsaka urininkontinens, oftast som en idé som de drabbade mammorna själv har kommit på. Allt från att nerver skulle ha gått av till att man i kejsarsnittet av misstag skulle ha klippt av en nerv framförs som potentiella förklaringar. Evidensbaserat material inom ramen för den här studien ger endast delvis belägg för dessa idéer. Ansträngningsinkontinens kan bero på att förlossningen har lett till en innerveringsstörning som drabbar bäckenbottenmusklerna och sfinktern och gör att nervmuskkelkontakten fungerar sämre, men det är knappast frågan om att en nerv skulle ha blivit ordentligt skadad eller gått av. Innerveringen återställs vanligen i samband med bäckenbottenmuskelträningen. I samband med epidural- eller spinalbedövning sker det i extremt sällsynta fall att man får en nervskada, men då är knappast urininkontinens det enda symptomet.

Livsstilen som bidragande orsak till inkontinens var delvis känd. Rökning och koffeininintag nämndes inte i diskussionerna, men de berörda tycktes veta om att övervikt ökar risken för inkontinens. För några verkade det här vara en källa till skuldbeläggning av en själv, men inkontinensproblemen tycktes ha blivit en motivator för viktninskning för några mammor:

En sak till. Jag la märke till att övervikt också förvärrade problemet. Nu när jag har bantat 15-20 kg kan jag kontrollera blåsan mycket bättre. Jag hade liksom en känsla av att jag var fet också ”där nere”, allt var liksom svullet. (”besökare”, diskussionstråd 27)

I en diskussion föreslog en mamma att katetern som frågeställaren hade haft då hon genomgått kejsarsnitt skulle ha kunnat orsaka skador som sedan lett till urininkontinens några veckor senare. Det finns inga vetenskapliga belägg för den här teorin.

Urinvägsinfektion nämndes som möjlig orsak sex gånger och jästsvampinfektion och klamydia en gång vardera. Åtminstone en del av mammorna verkade känna till att infektioner också kan leda till urinläckage, men kunskap om att det vanligtvis är frågan om trängningsinkontinens verkade inte finnas. Överaktiv blåsa och atrofi i urinblåsan nämndes också som förslag till orsaker.

Slutsatsen gällande kunskaperna om vad som kan orsaka ansträngningsinkontinens är att de flesta kände till den vanligaste etiologin, men även vissa marginella fenomen eller teorier utan evidens fick oproportionerligt stort utrymme i diskussionerna.

5.3.3 Den oklara vårdstigen

I diskussionerna frågades ofta vart man ska vända sig med urininkontinensproblemen. Många av frågeställarna var osäkra på vem man ska kontakta, och vilken typ av vårdpersonal som kan hjälpa med dessa problem. Även svaren var varierande. Fysioterapeut nämndes 28 gånger, allmänläkare 27 gånger, specialistläkare 2 gånger, gynekolog 10 gånger, urolog 4 gånger, rådgivningen 5 gånger.

Man måste börja stärka bäckenbottenmusklerna. Skulle instruktioner av en fysioterapeut vara till hjälp? Jag tror att man kan be om en remiss via hälsocentralen, åtminstone skulle jag göra så i en motsvarande situation. (”Pauku”, diskussionstråd 25)

Urologen är rätt plats för att ta reda på vad ett sådant här besvär beror på. (”hep”, diskussionstråd 17)

Några mammor funderade kring skillnader på olika läkares attityder på olika orter, exempelvis i diskussionstråd 23:

Tack till alla som svarat. Det är trösterikt att höra att det finns olika behandlingsformer, jag funderar bara nu hur man egentligen får gå på de där olika behandlingarna... att man nu inte lämnar problemet obehandlat i små kommuner för kostnadernas skull. När den där remissen ändå är upp till den egna läkarens inställning... Nå, nu kan jag i fortsättningen kräva mer när jag har hört om lyckade behandlingar. (”Stril”, diskussionstråd 23)

De som själva har gått igenom en vårdkedja hade också delvis olika rekommendationer angående om man ska börja hos en vanlig hälsocentralläkare eller gynekolog, men i stort sett alla sade att man efter läkarundersökningen ska be om remiss till en specialiserad fysioterapeut. De flesta gav rådet att uttryckligen begära remiss, initiativet tycks i många fall ha legat på patienten.

Också bland de som inte själva har fått vård trodde sig många ändå veta att det är fysioterapeuten som i slutändan är rätt slutadress för att hjälpa med ansträngningsinkontinens, även om några överraskades av kunskapen:

Det hade faktiskt inte slagit mig att man kan gå till en fysioterapeut med det här ärendet. ("Gäst", diskussionstråd 29)

Flera mammor nämnde att de har tagit upp saken på rådgivningen. Svaren och hjälpen de har fått har varierat stort, i bästa fall har hälsovårdaren konkret hjälpt med att hitta musklerna med biofeedback och skrivit remiss till fysioterapeut/läkarundersökningar. I åtminstone ett par fall har hälsovårdarna inte verkat veta om andra behandlingsmöjligheter eller vart de skulle kunna remittera om problemet inte löser sig med träning, utan endast gett rådet träna bäckenbottenmusklerna och sagt att det är det enda man kan göra.

5.3.4 Tillgången på evidensbaserad information

I de undersökta diskussionerna refererades generellt sett lite till andra källor, vanligen berättade mammorna om vad de har hört av vårdpersonal eller andra drabbade. De flesta hade en stark tilltro till vad man har sagt inom vården. I en del fall har man ändå tolkat informationen aningen förvrängt. Ett exempel på det här är då två personer i en diskussion började argumentera om huruvida det är rekommenderat eller inte att hoppa på trampolin med svaga bäckenbottenmuskler. Den ena mamman har hört av en specialiserad fysioterapeut att det inte är bra att anstränga musklerna med ryckiga rörelser om de inte är tillräckligt starka för att hålla trycket, och den andra verkar ha hört av en annan auktoritet att man tvärtom gärna ska hoppa för att det tränar djupa muskler och balans (diskussionstråd 22). Ingendera har antagligen fått direkt felaktig information, utan tolkat det de hört väldigt strikt.

I de fall då mammor länkade till andra källor var det i alla tre fall till Terveysportti och informationen där om kvinnlig urininkontinens och operationer vid ansträngningsinkontinens.

Endast en mamma nämnde att hon har fått informationsmaterial från rådgivningen, det kommer dock inte fram vad materialet innehöll.

5.4 Sammanfattning

Nyförlösta mammor som drabbats av ansträngningsinkontinens upplevde att problemet var genant. I bästa fall upplevdes besvären som förargliga men något som hör till efter en förlossning, men en del kvinnor tyckte också att problemet var verkligt förödmjukande och begränsande. De vars vardag begränsades allra mest av problemet var de som också hade inslag av trängningsinkontinens. Ofta hörde ångest, osäkerhet och okunskap ihop: de mest ångestfyllda var de mammor som inte visste hur de skulle avhjälpa problemet och vart de skulle vända sig för hjälp. De vanligaste orosmomenten var huruvida man är normal, och om problemet kunde komma att bli bestående.

Vanliga situationer där urinläckagen sker är på basen av diskussionerna då man joggar, hoppar på trampolin, tränar på gym, rider eller leker ute med barnen. Att hosta, nysa eller spy leder ofta till läckage. En del försökte förebygga genom att gå på toaletten ofta eller ständigt använda binda/inkontinensskydd medan andra undvek de riskfyllda aktiviteterna så gott det gick.

Kvinnorna hade tillgång till evidensbaserad information främst via personal inom hälsovården. Några gånger hänvisades också till expertgranskad information på internet. Kunskapsnivån var god om den vanligaste etiologin och bäckenbottenträning. Även vaginalkylor/-koner som hjälpmedel var välkända och använda. Av tänkbara vårdåtgärder var biofeedback hos en fysioterapeut samt urinrörsstabiliserande operationer välkända.

Oklarheter eller delvis bristfällig kunskap fanns också. Vårdstigen, och då särskilt vart man initialt ska vända sig, var en fråga som ofta kom upp. Annan etiologi än försvagade bäckenbottenmuskler spekulerades det ganska mycket om, varav en del enligt forskningen inte är sannolik (t.ex. grava nervskador). Andra livsstilsförändringar än att minska på övervikt nämndes inte, fastän rökstopp och minskat koffeinintag också kunde

hjälpa dem som röker och dricker stora mängder kaffe. En del hade svårt att särskilja olika sorters urininkontinens och hur behandlingen skiljer sig. Kring läkemedel figurerade också en del diskutabel eller felaktig kunskap, främst i form av kommentarer om läkemedel som hjälper vid ansträngningsinkontinens fastän forskningen visar att effekt inte har kunnat påvisas.

De största kunskapsluckorna fanns kring hjälpmedel. Träningsredskap med indikator för att säkerställa att man tränar rätt nämndes bara ett fåtal gånger. Information saknades helt om urinstoppande hjälpmedel som skulle kunna hjälpa de drabbade att utföra aktiviteter där risk för urinläckage föreligger.

6 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

I det här kapitlet diskuterar jag kopplingen till den teoretiska referensramen och utvärderar metoden och resultatet. Jag funderar också kring problematik kring vården som under arbetets gång har trätt fram som viktig i sammanhanget. För att anknyta till DeDiWe-projektet vill jag också diskutera hur digitala verktyg kunde stöda mammor med urininkontinens. Avslutningsvis presenterar jag förslag på forskningsteman för framtiden.

6.1 Koppling till den teoretiska referensramen

Resultatet passar väl in i teorin om integrativ livskvalitet som beskrivs i kapitel 2. Det handlar om ett relativt litet hälsohinder som påverkar endast en liten del av den biologiska organismen som är människan, men sprider sig ändå till andra nivåer av livskvalitet på grund av människans komplexitet. Att urinera problemfritt är ett fysiskt behov, och tillhör enligt vår kulturella norm en såpass intim sfär att det kan påverka en kvinnas sociala beteende och aktivitet om hon är rädd för urinläckage. Urininkontinens är i sig ett objektivet problem, men det speglas ändå i en individs subjektiva mående. Den hjälp en nybliven mamma kan få i form av evidensbaserad information och fungerande hjälpmedel samt psykologiskt stöd från både vården och närstående fyller hennes upplevda behov och möjliggör att hon kan uppfylla sin potential. Samtidigt avspeglas det i

The diagram illustrates the Maslow hierarchy of needs adapted for quality of life, structured into concentric circles and divided into subjective and objective dimensions.

Central Core: Existentiell livskvalitet

Inner Ring (Subjective/Personal):

- Mening i livet
- Biologisk ordning

Outer Ring (Objective/External):

- Uppfylla sin potential
- Få behov mötta

Outermost Layer (Overall Well-being): Välmående

Dimensions:

- Subjektiv livskvalitet** (Left side)
- Objektiv livskvalitet** (Right side)

Additional Labels:

- Tillfredsställelse (Associated with the subjective side)
- Objektiva faktorer (så som kulturella normer) (Associated with the objective side)

data. Vissa forum hade ingen sökfunktion och eftersom jag inte ansåg mig ha tid med att lära mig datatekniska metoder för att söka fram diskussioner kring ämnet ändå, så har jag bara tagit med de som kom upp som Googleträffar från de forum som inte hade sökfunktion. En tanke som kom upp under datainsamlingen var att Facebookgrupper eventuellt håller på att ta över efter traditionella diskussionsforum som platsen där man söker gruppstöd. De facto hittade jag bra diskussionstrådar kring ämnet i en grupp för småbarnsföräldrar som jag har tillgång till. Diskussionen var jämförelsevis ännu mer saklig och uppmuntrande än i mitt data, kanske på grund av att inläggen skrevs under eget namn och inte anonymt. På grund av slumpmässigheten i att samla data endast från grupper jag själv råkar vara medlem i, rättighetstekniska problem med att samla data från Facebook, och att jag inte kunde hitta forskning som stöder min misstanke om att Facebooks betydelse som diskussionsforum ökat så uteslöt jag ändå dessa data ur min studie. Det här tycker jag själv att är negativt sett till mitt datas kvalité. Det var också svårt att hålla min avgränsning till endast ansträngningsinkontinens. Eftersom mammorna själva inte alltid kunde skilja på olika typer av inkontinens så diskuterades båda parallellt i majoriteten av diskussionstrådarna. Ändå tror jag mina strategier för att hitta data var tillräckliga för att få fram data som kan svara på forskningsfrågorna.

Jag märkte under arbetets gång att en rent kvalitativ linje var svår att hålla, då det kändes som att jag hela tiden måste tänka igenom hur och om jag skulle kunna berättiga eller försvara mina tolkningar. Jag märkte att jag kände en dragning till kvantitativa metoder, fast samplet var för litet för att kunna dra statistiska slutsatser. I slutändan blev det så att jag ibland anger antalet gånger något nämns, men jag hoppas att läsaren inte ser det här som statistik utan mer som fingervisningar på om specifika tankar eller fenomen är allmänna eller inte. Fastän jag tvekade då jag gjorde det tyckte jag ändå att det tillförde någonting att använda semikvantitativa metoder inom min kvalitativa analys. Här tycks netnografilitteraturen hålla med, och bekräftar att så kallade *mixed methods designs* förbättrar analysens styrka att förklara fenomen (Hollstein 2011, s.413)

6.2.1 Kritisk granskning av resultatet

Till kriterierna för ett tillförlitligt resultat av god kvalitet som presenterades i kapitel 3.7 hörde att arbetsprocessen är tydlig och välmotiverad, vilket jag har sört för i metodkapitlet. Den teoretiska litteraturen innehåller 21 artiklar, vilket i princip är tillräckligt

många. I och med att forskningen inte är enig och det finns så många aspekter att vinkla från hade det kanske behövts ännu fler. Jag använde ändå alla relevanta artiklar som jag hade tillgång till via databaserna som Arcada har rättigheter till, och läste speciellt noga de forskningsöversikter som fanns bland artiklarna vilket jag tror att ledde till en sann helhetsbild av vad forskningen vet nu.

Arbetet är välförankrat i teori och data, och alla delresultat motiveras med citat vilket stärker trovärdigheten. Under studiens gång då det dök upp teman i diskussionstrådarna som jag inte hade kunnat förutspå var jag tvungen att gå tillbaka till teoridelen och leta upp evidensbaserad information, vilket jag tycker att gjorde att resultatdelen och teorin är stadigt kopplade till varandra. Datainsamlingen och analysen var enligt mig själv strukturerad och välorganiserad. Mina tolkningar av datan är visserligen subjektiva på så sätt att jag som ensam forskare inte kan garantera att mina egna uppfattningar eller erfarenheter från andra håll inte påverkar, men tolkningarna är i alla fall inte motsägelsefulla och alltid grundligt motiverade utifrån datan. Läsaren är fri att själv avgöra om tolkningarna håller sträck. Alternativa förklaringar utesluts inte, utan resultatet presenteras som antydningar om olika vanliga företeelser.

Resultatet ger enligt mig en ny förståelse för fenomenet urinläckage hos nyblivna mammor som inte finns i den forskning jag hänvisar till i bakgrundskapitlet. Bland annat oron för bestående problem är något som inte adresserats i forskningen hittills. De teman som trädde fram i diskussionerna ger en bas då man utvecklar stöd och tjänster riktade till mammor, så jag anser att resultatet är användbart i vårdbranschen överlag, inte bara i den virtuella världen. Sammanfattningsvis tycker jag mig ha uppnått en god nivå på kriterierna i min kritiska utvärdering av resultatet.

6.2.2 Tillförlitlighet och trovärdighet

I en kvalitativ studie är det naturligtvis svårt att bevisa att resultatet är tillförlitligt (jämfört med t.ex. ett statistiskt data där det finns överenskomna gränser om när ett resultat anses vara signifikant). Jag tror ändå att de flesta skulle hålla med mig om att mitt grundantagande håller sträck: det finns ingen orsak för skribenterna på nätforumen att ljuga eller fabricera upplevelser. Däremot är det möjligt att de som endast har lindriga besvär aldrig bemödar sig om att göra internetsökningar och skriva på diskussionsforum. Jag

tycker ändå inte att det är ett problem om mitt sampel har mer besvär än medeltalet, eftersom det är de som upplever att de har problem som man som vårdare behöver förstå.

För alla kvinnor är det säkert inte ett naturligt steg att söka råd eller sympati genom inlägg på ett nätforum, men jag ser inte att de kvinnor som gör det märkbart skulle avvika från andra. Därför får de representera ”alla drabbade”, och eftersom den här gruppen är så stor - om vi utgår från en tredjedel av föderskorna så handlar det t.ex. år 2015 om över 18000 kvinnor (Finlands officiella statistik 2016) – så är relevansen av studien påtaglig. Statistik visar också att nästan tre av fyra kvinnor inom åldersgruppen 16-44 regelbundet skriver inlägg på nätforum (Finlands officiella statistik 2015) och i samband med graviditet mer än annars (Eriksson-Backa 2003).

Validiteten i arbetet, det vill säga om jag mäter det som är relevant i sammanhanget, tycker jag att är på en god nivå eftersom jag induktivt utgick ifrån vad som skrevs på forumen och kodade det, istället för att deduktivt försöka foga in det i förutbestämda kategorier. Syftet att analysera hur nyblivna mammor i Finland upplever problem med ansträngningsinkontinens postpartum och om kunskapen de har om ämnet är evidensbaserad och heltäckande gick att uppfylla genom min netnografiska studie.

Reliabiliteten, alltså om jag mätte det på ett tillförlitligt sätt, tycker jag att även så är på en acceptabel nivå. Datat är visserligen såpass litet att jag vill vara försiktig med att dra säkra generella slutsatser, men resultatet ger en tillförlitlig bild av upplevelser och kunskapsnivå hos skribenterna i just dessa 29 diskussionstrådar. Även om detaljerna (t.ex. exakt vilka orsaker bakom urininkontinens är kända) inte går att generalisera så tror jag att resultatet ger en fingervisning om vilka känslor och vilken kunskapsnivå finländska mammor i allmänhet har kring urinläckage.

6.3 Resultatets innebörd

Resultatet ger stöd åt tanken den tidigare forskningen kring urininkontinens postpartum visat: att urininkontinens är ett genant problem som många har utan att söka hjälp. Kanske håller det ändå på att gå åt ett bättre håll där vårdpersonal aktivt informerar nyblivna mammor, vilket jag anser att är positivt då just känslan av att vara onormal verkade vara tung att bära. Med tanke på problemets utbredning skulle det vara en seger för

kvinnohälsan om inkontinens skulle bli av med sitt tabu och fler skulle söka och få hjälp.

En viktig del av resultatet är förståelsen för den emotionella belastningen som urininkontinens innebär. Jag tror att den psykologiska aspekten ofta förbises när det gäller intima problem som urinläckage. Hur gärna mammorna på nätforumen ville höra att de är normala och deras genans och oro är minst lika viktiga att adressera som de fysiologiska problemen. Stöd och uppmuntran både från vården, från partnern och kvinnor emellan behövs. I tidigare forskning har mammor behandlats som en enhetlig grupp eller endast delats upp utifrån faktorer som förlossningssätt, antal barn och liknande. En ny aspekt som min studie ger en aning om att kan vara relevant är att ålder, personlighet och hur mycket kunskap man har kan påverka hur negativt man upplever besvären och hur långt man låter det gå innan man söker hjälp.

Studien bekräftar mitt antagande om att det är viktigt i mitt kommande yrke att ha tillräcklig kunskap om urininkontinens eftersom tillgången på evidensbaserad information verkar ligga till allra största delen på hälsovårdspersonalens axlar. I de undersökta diskussionstrådarna länkade ingen till icke-evidensbaserade källor, men däremot skrivs det rätt mycket om åkommor och fenomen som är väldigt ovanliga. Det idealiska vore om alla vårdare som kommer i kontakt med mammor hade kunskap om alla tänkbara orsaker, men kunde lugna mammor med att det troligen är fråga om svaghet i bäckenbottenmusklerna som går att träna upp. Kunskapsnivån hos mammorna var ändå inte alls alarmerande låg. Det är ändå mycket synd att vissa hjälpmedel är helt okända, jag tycker själv att t.ex. vaginalbågar eller uretraringar som mekaniskt klämmer på urinröret verkar vara mycket användbara för att upprätthålla en aktiv livsstil med t.ex. utelek med barnen eller gymträning tills man har fått resultat av bäckenbottenträningen eller annan behandling. Dessa kunde marknadsföras betydligt mer, och företagen som tillverkar den här typen av hjälpmedel tror jag att kunde tjäna på att utveckla nya ännu bättre versioner med tilltalande utformning som t.ex. apoteken kunde ta in i sitt sortiment.

Osäkerheten kring vårdstigen verkar vara en faktor som gör steget att söka hjälp större för en del kvinnor. Om det stämmer så är det ett verkligt onödigt hinder på vägen till hjälp och stöd. Men det viktigaste är ändå att vårdprocessen inte är oklar för vårdpersonalen. Alla inom hälsovården som möter nyblivna mammor borde ha åtminstone till-

räckligt med kunskap för att kunna kontrollera att träningen sker rätt, instruera hur träningen ska ske, rekommendera träningsredskap och vid behov remittera vidare till en specialist. I dagens läge verkar det finnas bristande kunskaper i ämnet åtminstone på vissa enstaka platser. De ställen som i diskussionstrådarna nämndes att inte hade kunnat hjälpa var rådgivningar, men jag tror inte att man kan peka ut rådgivningarna för att generellt ge dålig information. Man borde ändå sträva till att rådgivningarna - som automatiskt träffar alla mammor först för eftergranskning och sedan i samband med babyns kontroller - skulle ha tillräcklig och aktuell kunskap. En ny uppdatering av God medicinsk praxis-rekommendationen beräknas bli klar i maj 2017, och där kunde grundläggande träningsinstruktioner med fördel inkluderas.

6.4 Identifierad problematik

På basen av diskussionerna upplever jag det som problematiskt att vårt hälsovårdssystem kring förlossningen är uppdelat i mödrarrådgivning kontra barnrådgivning. Jag tror att det här är en del av orsaken till att urininkontinens i Finland ibland lämnas obehandlad och odiskuterad med anställda inom vården. Från att graviditeten konstaterats till eftergranskningen som sker 4-12 veckor efter förlossningen är mamman klient inom mödrarrådgivningen. Efter det fortsätter man ofta gå hos samma hälsovårdare, men endast babyn hör till barnrådgivningen. Alla ärenden som berör mamman hör sedan till den allmänna hälsovården på hälsostationen hon tillhör. Många hälsovårdare gör säkerligen undantag och diskuterar även mammans hälsotillstånd efter eftergranskningen, men steget att kontakta hälsostationen i ett sådant här ärende är i min mening enormt mycket större i proportion till att prata med den bekanta hälsovårdaren. Tiden mellan förlossning och eftergranskning är alltså bara några veckor och många mammor är säkert mer fokuserade på babyn och allt nytt än på sig själva och hinner inte ta upp saken på rådgivningen. Många väntar nog först en längre tid och hoppas att det löser sig av sig själv, en tid som istället kunde utnyttjas för ett intensivt bäckenbottenträningsprogram om hälsovårdaren regelbundet skulle tillfråga mammorna och agera genast då problemen uppstått.

Jag är också skeptisk till vårt reaktiva system där man visserligen får god och evidensbaserad vård då man fått problemen, men sällan får tillräckligt stöd för att förebygga

dem. I en del kommuner, bland dem Helsingfors, har man visserligen tagit goda initiativ och förstföderskor får gå på en fysioterapitimme under graviditeten. I många andra länder har man ändå intagit en ännu mer proaktiv hållning. I länder som Tyskland, Frankrike och Schweiz baserar sig visserligen hälsovården på ett system med privata sjukförsäkringar, men där får majoriteten av mammorna fysioterapi både före och efter förlossningen (postpartum t.ex. 10 gånger i Tyskland). I Tyskland leds postnatalträningen av barnmorskor, fysioterapeuter eller idrottsinstruktörer som har genomgått en specialutbildning, och man förebygger bland annat just bäckenbottenproblem, ryggbesvär och magmuskelskador genom att lära mammorna att träna rätt (se Akademie für Prä- & Postnatales Training 2016). Jag tror att man kunde förbättra kvinnohälsan avsevärt med denna åtgärd. För fastän det är frågan om ganska ”små” problem så kan de bli större med tiden och medföra betydande kostnader för samhället i form av läkarbesök, sjukledigheter, operationer och så vidare. Att erbjuda fysioterapi postpartum skulle vara hälsofrämjande och i längden antagligen billigare. I Sverige har man tidigare beräknat att kvinnlig urininkontinens (alla åldersgrupper inkluderade) utgör en kostnad för samhället motsvarande 2% av sjukvårdsbudgeten (DN, 1998) och jag ser inte varför siffran skulle ha minskat avsevärt eller vara annorlunda i Finland.

En annan fördel med fysioterapi för alla skulle vara att de nyblivna mammorna automatiskt skulle ha en arena för att prata om problemet med en specialist. Fysioterapeuterna skulle utan vidare kunna rekommendera vidare undersökningar och behandling åt dem som verkar ha problem som inte löser sig med enbart träning, och mammorna skulle inte behöva bekymra sig om vilken instans de ska kontakta och låta den oklara vårdstigen utgöra ett hinder för att söka hjälp.

Eftersom mammor i början har fokus på babyen snarare än sig själv borde det vara så lätt och smidigt som möjligt att dels få information, dels behandling. Tillgången till evidensbaserad information skulle enkelt kunna ökas med ett skriftligt material åt alla på rådgivningen, men ännu bättre skulle det vara om materialet skulle vara webbaserat och lätt att hitta då problemen uppkommit, och alla skulle ha obegränsad tillgång till det när som helst.

Det förvånar mig att Finland – som ofta går i bräschen för nya teknologiska landvinningar – inte har ett heltäckande användarvänligt digitalt hälsoinformationssystem. Visst

finns Terveyskirjasto och God medicinsk praxis, men jag vågar påstå att de inte är lika kända och använda som t.ex. www.1177.se i Sverige. I Sverige är det en självklarhet att gå in på www.1177.se om man har hälso- och sjukdomsrelaterade funderingar. Min erfarenhet är att sidan behandlar så många teman att man nästan alltid hittar informationen man söker. Då kan man vara säker på att informationen är vetenskapligt belagd och granskad av professionella inom vården. Där har man dessutom i ett nationellt samarbetsprojekt utvecklat appen Tät för kvinnor med urininkontinens (något som man kunde köpa in och översätta för den finländska befolkningen?). På Terveyskirjasto är informationen enligt mig relativt svårtillgänglig och obearbetad för en vanlig användare med sjukdomssymtom. Jag var positivt överraskad att mammor i min studie tre gånger ändå länkade till Terveyskirjasto, men skulle gärna se en stor förbättring i användarvänligheten.

Då jag påbörjade mitt projekt under sommaren 2016 tänkte jag att kanske just gravida och småbarnsmammor skulle vara en lämplig målgrupp att börja ett nationellt digitaliseringsprojekt av hälsoinformation för. Min vision var vetenskapligt belagd information med mycket korsreferenser så man lätt kommer åt all närliggande information och kan jämföra t.ex. symptom med andra möjliga orsaker än den man först tänkte. Bilder och videor kunde komplettera texten där det behövs. En essentiell del skulle vara uppgifter om vilken vårdinstans man ska kontakta i vilken typ av fall. Under arbetets gång fick jag veta att det faktiskt pågår digitaliseringsprojekt för den här gruppen. Minst två stycken initiativ håller just nu på och byggs upp, ett av Helsingfors och Nylands Sjukvårdsdistrikt (HNS) och ett av Social- och hälsovårdsministeriet. Fast tanken är bra, tycker jag att man från början borde ha samordnat båda och satsat på ett enda system som skulle ha chans att bli nationellt känt och använt. HNS har kommit längst med sitt digitaliseringsprojekt Terveyskylä som under hösten 2016 fick en del som kallas Naistalo, och där finns nu en underavdelning om urininkontinens under gynekologisk hälsa (se HNS 2016). Tanken är att man också ska utveckla så kallade vårdstigar, så att de som har fått diagnos ska kunna följa sin vårdprocess och vid olika tidpunkter få relevant information och påminnelser. Den här funktionen finns dock inte ännu. Tyvärr tycks Google åtminstone inte än så länge leda besökare till Naistalo då man söker på ämnesord, så processen är ganska lång innan webbsidan fyller den funktion som den potentiellt kunde. Informationsmängden är ännu också ganska begränsad. Jag stöder

ändå på basen av mina forskningsresultat helhjärtat ett försök till att samla heltäckande evidensbaserad information på ett ställe på webben och komplettera med andra funktioner som kan hjälpa mammor med ansträngningsinkontinens till exempel med korrekt träning och hjälpmedel, så att ingen drabbad behöver känna sig osäker kring behandlingen.

6.5 Förslag till vidare forskning

Min studie kunde med fördel utökas med t.ex. ett större data, enkätundersökningar eller intervjustudier för att säkerställa resultaten. Det skulle vara intressant att undersöka vidare hurudant stöd de drabbade nyblivna mammorna skulle önska sig av vården, och speciellt deras åsikter om digitala verktyg.

Den använda teoretiska referensramen handlade om livskvalitet. I förhållande till urininkontinens tyckte jag mig se att det påverkade tillfredsställelsen i tillvaron märkbart hur behovet av problemfri urinerings möttes. Det här är ändå ett så stort tema att det skulle finnas utrymme för mer vårdvetenskaplig forskning kring hur detta i grunden fysiska problem påverkar flera andra livsområden och begränsar livet för de drabbade.

Ett fenomen som tycks vara outforskat är urininkontinens som karakteriseras av känselbortfall och avsaknad av känsla av kissnödighet efter förlossningen, vilket nämns av många och således tycks vara allmänt. Ett annat sådant tema är den hormonella aspekten, ett flertal upplevde att problemen förvärrades under en specifik tid i menstruationscykeln. Båda dessa ämnen kunde gärna undersökas noggrannare i andra vetenskapliga projekt.

Jag skulle gärna också se att någon undersökte hur vanligt det är med ryggbesvär, kroniska inflammationer i axlar och handleder, urininkontinens, avförings- och gasinkontinens, prolaps, delade magmuskler med mera till exempel 1 år postpartum i de länder där mammor går på fysioterapi efter förlossningen jämfört med Finland där man inte automatiskt gör det.

Forskningsresultaten i den enda studien med långtidsperspektiv av kvinnor med postpartum urininkontinens visade att problemet återkommer för de allra flesta då man åldras.

De här resultaten är inte så uppmuntrande, och jag skulle därför gärna se fler studier om långtidsperspektivet och vad man kan göra för att besvären inte ska återkomma senare.

Mitt examensarbete gränsar till etnologi, antropologi, beteendevetenskap och andra sociala vetenskaper. Jag har hela tiden försökt hålla tanken inom vården (d.v.s. har det som jag avhandlar betydelse i ett vårdssammanhang?) då jag undersökt diskussionerna på nätforumen. Avslutningsvis vill jag ändå säga att jag tror att en tvärvetenskaplig approach också i framtida forskning kan vara bra för förståelsen av de problem vi inom vården försöker lösa.

6.6 Sammanfattning och slutsatser

En icke-reaktiv datainsamling av textinlägg från diskussionsforum i kombination med innehållsanalys fungerade bra i en hälsovårdskontext. Det var möjligt att nå syftet med studien och svara på forskningsfrågorna. Resultatet visar att det finns en betydande psykologisk aspekt i mammors upplevelse av urininkontinens fastän problemet begränsar livet varierande mycket. Tillgången till information hänger i dagsläget till största delen på vårdpersonalen, och välfungerade digitala verktyg saknas åtminstone vad gäller hjälp och stöd i behandlingen.

Ett strukturellt problem har identifierats då mammors hälsoärenden inte längre hör till rådgivningen efter eftergranskningen, utan hälsocentralen/arbetshälsovården/privat gynekolog måste kontaktas om man vill söka hjälp för urininkontinens. Jag framför ett förslag på allmän fysioterapi för att ge en kontaktyta till hälsovården och främja kvinnohälsan med en mer proaktiv hållning gällande bäckenbottenrelaterade problem. Motiveringen är att det i längden vore både hälsofrämjande och ekonomiskt förnuftigt för samhället.

Även utan förändringar i finländska hälsovårdssystemet finns det förbättringar man kunde göra för att öka stödet för de mammor som drabbas av ansträngningsinkontinens. Alla mammor kunde få skriftlig evidensbaserad information från rådgivningen, och fungerande träningsredskap och urinstoppande hjälpmedel kunde göras betydligt mer kända och gärna utvecklas vidare. Med lite mer stöd kunde livskvaliteten för de berörda kvinnorna höjas betydligt.

KÄLLOR

- Ala-Nissilä, Seija & Valpas, Antti. 2011, *Ponnistusvirtsankarkailun kirurginen hoito, näytenastekatsaus*. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak05543> [hämtad 22.11.2016]
- Arrue, Miren; Diez-Itza, Irene; Ibañez, Larraitz; Paredes, Jone; Murgiondo, Arantzazu & Sarasqueta, Cristina. 2011, Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years post partum, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, issue 115, s.256-259.
- Aukee, Pauliina & Tihtonen, Kati. 2010, Raskauden ja synnytyksen vaikutus lantionpohjan toimintahäiriöihin, *Duodecim*, numero 126, s.2381–2386.
- Baym, Nancy. 2006, Finding the quality in qualitative research. I: Silver, David & Masanari, Adrienne, red. *Critical Cyberculture Studies*. New York, New York University Press, s.79-87.
- Brown, S.; Gartland, D.; Perlen, S.; McDonald, E. & MacArthur, C. 2015, Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: a cohort study, *BJOG*, issue 122, s.954–962.
- Buurman, Mirella Bouwina Rebecca & Lagro-Janssen, Antoinette Leonarda Maria. 2013, Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, issue 27, s. 406-413.
- DN. 1998, *Hålla tätt kvinnlig plåga. Inkontinens ett ständigt bekymmer för en halv miljon svenska kvinnor*. 24.10.1998. Tillgänglig: <http://www.dn.se/arkiv/lordagsondag/halla-tatt-kvinnlig-plaga-inkontinens-ett-standigt-bekymmer-for-en/> [hämtad 8.12.2016]
- Eriksson-Backa, K. 2003, Who uses the Web as a health information source? *Health Informatics Journal*, vol.9, issue 2, s.93–101.
- Fielding, Nigel; Lee, Raymond M. & Blank, Grant, red. 2008, *The SAGE Handbook of Online Research Methods*. London, SAGE Publications.
- Finlands officiella statistik. 2015, Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö. Liitetaulukko 16. Internetin käyttötarkoitukset viimeisten 3 kuukauden aikana iän ja sukupuolen mukaan 2015, %-osuus väestöstä. Helsingfors: Statistikcentralen. Tillgänglig: http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi_2015_2015-11-26_tau_016.fi.html [hämtad 7.11.2016]
- Finlands officiella statistik. 2016, *Födda*. Helsingfors: Statistikcentralen. Tillgänglig: http://www.stat.fi/til/synt/index_sv.html [hämtad 7.11.2016]
- Foldspang, A.; Hvidman, L.; Mommsen, S. & Bugge Nielsen, J. 2004, Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 83, issue 10, s. 923-927.
- Glazener, C.M.A.; Herbison, G.P.; MacArthur, C.; Lancashire, R.; McGee, M.A.; Grant, A.M. & Wilson, P.D. 2006, New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae, *BJOG*, issue 113, s.208–217.
- Glazener, C.M.A.; MacArthur, C.; Hagen, S.; Elders, A.; Lancashire, R.; Herbison, G.P. & Wilson, P.D. 2014, Twelve-year follow-up of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence and prolapse outcomes: randomised controlled trial, *BJOG*, issue 121, s.112–120.

- God medicinsk praxis. 2011, *Virtsankarkailu (naiset)*. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50050#s11> [hämtad 22.11.2016]
- Hersh, Lauren & Salzman, Brooke. 2013, Clinical Management of Urinary Incontinence in Women, *American Family Physician*, vol.87, nummer 9, s.634-640.
- Hollstein, Betina. 2011, Qualitative approaches. I: Scott, John & Carrington, Peter J. (red.). *The SAGE handbook of social network analysis*, s.404-416. London, SAGE.
- HNS. 2016, *Virtsankarkailu*. Tillgänglig: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/gynekologinen-terveys/virtsankarkailu> [hämtad 9.12.2016]
- Keränen, Anne. 2016, *Presentation av intimbjälpmedel* [muntl.]. Studiebesök på Sin-City, Helsingfors. 11.10.2016.
- Kivelä, Aarre. 2011, *Virtsankarkailun taustalla olevia tekijöitä*. 2.12.2011. Duodecim. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00568> [hämtad 15.12.2016]
- Kivits, Joëlle. 2006, Informed Patients and the Internet, A Mediated Context for Consultations with Health Professionals, *Journal of Health Psychology*, vol.11, issue 2, s.269-282.
- Kozinets, Robert V. 2010, *Netnography. Doing Ethnographic Research Online*. London, Sage Publications.
- Lipschuetz, Michal; Cohen, Sarah M.; Liebergall-Wischnitzer, Michal; Zbedat, Kifah; Hochner-Celnikier, Drorith; Lavy, Yuval & Yagel, Simcha. 2015, Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, issue 191, s. 90-94.
- Litmanen, Kirsi. 2015, Lantio. I: Paananen, Ulla Kristiina; Pietiläinen, Sirkka; Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari. *Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. Helsingfors, Edita.
- Mannion, Cynthia A.; Vinturache, Angela E.; McDonald, Sheila W. & Tough, Suzanne C. 2015, The Influence of Back Pain and Urinary Incontinence on Daily Tasks of Mothers at 12 Months Postpartum, *PLoS ONE*, volume 10, issue 6, s.1-18.
- Martin-Martin, Sergio; Pascual-Fernandez, Angela; Alvarez-Colomo, Cristina; CalvoGonzalez, Raul; Muñoz-Moreno, Marife & Cortiñas-Gonzalez, José Ramon. 2014, Urinary incontinence during pregnancy and postpartum - associated risk factors and influence of pelvic floor exercises, *Archivos Españoles de Urología*, vol.67, issue 4, s.323-329.
- Mörkved, Siv. 2003, Does pelvic muscle training decrease postpartum stress incontinence? *International SportMed Journal*, vol.4, issue 6, s. 1-19.
- Pietiläinen, Sirkka & Väyrynen, Pirjo. 2015, Lapsivuodeaika. I: Paananen, Ulla Kristiina; Pietiläinen, Sirkka; Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari. *Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. Helsingfors, Edita.
- Qaseem, A.; Dallas, P.; Forciea, M.A.; Starkey, M.; Denberg, T.D. & Shekelle, P. 2014, Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physician, *Annals of Internal Medicine*, issue 161, s.429-440.
- Raza-Khan, Fareesa; Graziano, Scott; Kenton, Kim; Scott, Susan & Brubaker, Linda. 2006, Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population, *International Urogynecology Journal*, issue 17, s.525-530.

- Ruiz de Viñaspre Hernandez, Regina; Tomás Aznar, Concepción & Rubio Aranda, Encarnación. 2015, Factors Associated With Treatment-Seeking Behavior for Postpartum Urinary Incontinence, *Journal of Nursing Scholarship*, vol.46, issue 6, s.391–397.
- Stach-Lempinen, Beata. 2016, *Naisen virtsainkontinenssi*, Lääkärin käsikirja. Duodecim. Tillgänglig: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.arcada.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00287&p_haku=virtsainkontinenssi [hämtad 21.11.2016 via Terveysportti]
- Stafne, S.N.; Salvesen, K.Å.; Romundstad, P.R.; Torjusen, I.H. & Mørkved, S. 2012, Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomised controlled trial. *BJOG*, issue 119, s.1270–1280.
- StatCounter Global Stats. 2016, *Top 5 Search Engines in Finland from Oct 2015 to Oct 2016*. Tillgänglig: http://gs.statcounter.com/#all-search_engine-FI-monthly-201510-201610 [hämtad 4.11.2016]
- Ventegodt, Søren; Merrick, Joav & Andersen, Niels Jørgen. 2003, Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept, *The Scientific World Journal*, issue 3, s.1030-1040
- Viktrup, L. & Lose, G.2001, The risk of stress incontinence 5 years after first delivery, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol.185, issue 1, s.82-87.
- van der Woude, Daisy A.A.; Pijnenborg, Johanna M.A. & de Vries, Jolanda. 2015, Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, issue 185, s.45-52.
- Vårdguiden. 2006, *Muskler och senor*. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Tema/Kroppen/Rorelseapparaten/Muskler-och-senor/> [hämtad 21.11.2016]
- Åhlund, Susanne; Nordgren, Birgitta; Wilander, Eva-Lotta; Wiklund, Ingela & Fridén, Cecilia. 2013, Is homebased pelvic floor muscle training effective in treatment of urinary incontinence after birth in primiparous women? A randomized controlled trial, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, issue 92, s.909–915.

Alla figurer är gjorda av författaren om inget annat omnämns.

BILAGOR

Bilaga 1. Dataförteckning (anonymiserad)

Forum	Diskussion	Datum publicerat	Antal inlägg
A	1	4.7.2016	6
A	2	20.4.2012-29.7.2013	31 (varav 28 med innehåll)
B	3	3.3.2006-26.6.2016	25
C	4	6-7.1.2015	11 (varav en dublett)
D	5	14.8.2010	6
D	6	5-20.6.2013	15
D	7	10.4-8.9.2014	10
D	8	15.2.2011	9
D	9	6.10.2009	11
D	10	31.1.2015	2
D	11	11.12.2012	2
D	12	3.12.2009	2
D	13	22.3.2012	2
D	14	7.2.2010	9
D	15	14.9.2012-11.3.2013	13
D	16	5-6.3.2009	3
D	17	9.4.2009	4
D	18	13.1.2009	6
D	19	21.4.2009	10
D	20	9.12.2008	8
D	21	24-27.8.2013	17
D	22	3.9.2009	28
D	23	24-30.3.2007	12
D	24	2.2.2011	7
D	25	22.12.2010	7
D	26	14-15.7.2015	6
D	27	8-9.2.2016	20
E	28	4.3.2009-13.7.2011	7 (varav 6 med innehåll)
E	29	4.12.2008	16 (varav 13 med innehåll)

